



# **Canções de embalar, depressão materna e interação precoce**

**JOANA FILIPA MARQUES LOPES**

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicoterapia  
Psicodinâmica

**Orientador:** Professor Doutor Carlos Farate, Professor Associado, ISMT

**Co-orientador:** Professor Doutor Henrique Vicente, Professor Auxiliar, ISMT

**Coimbra, outubro de 2019**

## **Agradecimentos**

Finda esta etapa resta-me agradecer a todos aqueles que me acompanharam e permitiram a sua realização.

Ao Professor Doutor Carlos Farate, orientador da presente dissertação, pela orientação, disponibilidade e sugestões pertinentes.

Ao Professor Doutor Henrique Vicente, co-orientador da presente dissertação, pelo apoio, disponibilidade e conhecimentos transmitidos. Pelo entusiasmo demonstrado relativamente a esta investigação e que despertou em mim.

Aos meus pais e ao meu irmão pelo apoio, ajuda e força transmitidas e por acreditarem em mim. É graças a vocês que conquistei mais uma etapa.

À minha madrinha e às minhas primas pela ajuda imprescindível.

Um agradecimento especial à minha tia Senhorita por todo o carinho e afeto demonstrados nestes últimos anos.

Ao meu namorado por todo o apoio, motivação, paciência, compreensão e por me fazeres rir nos momentos mais difíceis.

À Cátia, à Patrícia, à Adriana e à Yolanda pelo apoio, encorajamento, partilhas de sorrisos, longas horas de conversas e por me terem acompanhado ao longo desta jornada.

A todas as mães que voluntariamente participaram nesta investigação. Só com o seu contributo foi possível a concretização deste projeto.

A todas as auxiliares das creches pela simpatia, disponibilidade e ajuda prestadas.

A todos o meu sincero agradecimento!

## **Resumo**

O principal objetivo deste estudo consistiu em aprofundar a investigação sobre a interação entre a prática de canções de embalar e a depressão materna na relação precoce mãe-bebé. Foram definidos os seguintes objetivos específicos: i) compreender o papel das canções de embalar na rotina do adormecer e as reações da criança e da mãe a esta prática; ii) analisar a frequência da utilização das canções de embalar e a sua relação com variáveis sociodemográficas, familiares, da gravidez e do parto; iii) perceber em que medida a depressão materna influencia esta prática de tranquilização do bebé.

Este estudo integra um projeto de investigação sobre canções de embalar e interação precoce mãe-bebé que abrangeu uma amostra de 113 mães, com idades entre os 19 e 44 anos. Foi desenvolvido um protocolo de avaliação que incluiu um questionário de caracterização sociodemográfica, da gravidez e do adormecer do bebé, bem como diversos instrumentos psicométricos, entre os quais se destaca o Inventário Depressivo de Beck (BDI).

Os resultados indicam que 65,5% das mães cantam canções de embalar. Destas, 64,9% iniciaram esta prática após o nascimento do bebé e 78,4% cantam canções de embalar tradicionais. As participantes cantam principalmente durante o brincar e o momento de adormecer o bebé. Esta prática encontra-se associada a sentimentos positivos como calma, tranquilidade, satisfação e bem-estar. Cantar canções de embalar parece estar relacionado com níveis de sintomatologia depressiva mais reduzidos. A prática de canções de embalar encontra relação estatisticamente significativa com variáveis da gravidez, nomeadamente qualidade da relação com o pai do bebé e o planeamento da gravidez. Relativamente à sintomatologia depressiva verificaram-se associações estatisticamente significativas com as variáveis “momento em que as mães iniciaram a prática de canções de embalar”, “situações e tipo de canções utilizadas”, e “sentimentos da mãe enquanto canta canções de embalar”.

Este estudo proporciona novos dados sobre a relação entre a prática de canções de embalar e a sintomatologia depressiva, suportando investigações anteriores que indicavam que esta prática materna tem efeitos benéficos no bem-estar emocional e mental das mães, principalmente em situações de depressão materna.

**Palavras-chave:** canções de embalar; depressão materna; interação precoce mãe-bebé.

## **Abstract**

The main objective of this study was to deepen the investigation on the interaction between the practice of lullabies and maternal depression in the early mother-infant relationship. The following specific objectives were defined: i) understand the role of lullabies in the routine of falling asleep and the reactions of the child and mother to this practice; ii) analyze the frequency of the use of lullabies and their relationship with sociodemographic, family, pregnancy and childbirth variables; iii) understand how maternal depression influences this practice of reassuring the baby.

This study is part of a research project on lullabies and early mother-baby interaction that covered a sample of 113 mothers, aged 19 to 44 years. An assessment protocol was developed that included a questionnaire on sociodemographic, pregnancy and sleeping characteristics of the baby, as well as several psychometric instruments, including the Beck Depression Inventory (BDI).

Results indicate that 65.5% of mothers sing lullabies. Of these, 64.9% started this practice after the baby was born and 78.4% sing traditional lullabies. Participants sing mainly during play and the moment of falling asleep the baby. This practice is associated with positive feelings such as calmness, tranquility, satisfaction and well-being. Singing lullabies seems to be related to lower levels of depressive symptomatology. The practice of lullabies finds a statistically significant relationship with pregnancy variables, namely the quality of the relationship with the baby's father and pregnancy planning. Regarding depressive symptomatology there were statistically significant associations with the variables “moment when the mothers started the practice of lullabies”, “situations and type of songs used”, and “mother's feelings while singing lullabies”.

This study provides new data on the relationship between lullaby practice and depressive symptomatology, supporting previous research indicating that this maternal practice has beneficial effects on mothers' emotional and mental well-being, mainly in situations of maternal depression.

**Keywords:** lullabies; maternal depression; early mother-child interaction.

## **Introdução**

No decorrer do ciclo gravídico-puerperal a mulher necessita de passar por um processo de mudança psíquica, o qual inclui a transformação do papel de filha para o de mãe, a transformação da imagem corporal e a nova relação entre a sexualidade e a maternidade. Em função da intensidade da experiência psicossomática esta fase configura um momento de risco psíquico para a mulher. Após este ciclo, a puérpera pode vivenciar sentimentos menos positivos, sejam da ordem da depressão pós-parto ou tristeza materna persistente (Iaconelli, 2005). A tristeza materna é sentida por muitas mulheres, geralmente até 10 dias após o nascimento do bebê, e é um estado afetivo resultante das dificuldades do processo de elaboração psíquica em causa. A sua prevalência varia entre 26% e 84% (Iaconelli, 2005; O'Hara & Segre, 2008). Por sua vez, a depressão pós-parto tem início nas 4 semanas seguintes ao parto (American Psychiatric Association, 2013), podendo estender-se até ao primeiro ano após o nascimento do bebê (O'Hara & Segre, 2008). A sua prevalência é de 13% (O'Hara & Swain, 1996), e inclui sentimentos de inadequação e de incapacidade para lidar com o bebê, que podem induzir ao sentimento de culpa por não amar o bebê, ou por não se sentir capaz de se preocupar com o filho adequadamente (Pitt, 1968).

No que diz respeito à etiologia desta psicopatologia, a literatura destaca fatores psicológicos, socioeconómicos e demográficos, obstétricos, conflitos conjugais e problemas de saúde do bebê (O'Hara & Segre, 2008).

Uma perspectiva psicanalítica acerca da depressão pós-parto foi descrita por Blum (2007), que se refere a uma tríade de conflitos emocionais comuns às mães que sofrem desta perturbação: conflitos de dependência, de raiva e de maternidade. Quanto aos primeiros, podem manifestar-se na figura materna sob a forma de desejos inconscientes de também ela receber cuidados e afetos prestados pelos outros. Podem ser acompanhados de um sentimento de inveja em relação ao bebê por este estar a receber carinhos que estão em falta na mãe. Algumas mães adotam um mecanismo de defesa que o autor denominou “contra-dependente”, o qual se caracteriza pelo afastamento da consciência dos desejos de dependência cuidando dos outros. O que se verifica nos conflitos de raiva é que a mãe se sente irritada e com raiva – raiva focada no bebê -, devido às necessidades que são providas ao lactente e das quais ela se priva. Algo que é acompanhado pela dificuldade em lidar com este sentimento, traduzindo-se na sensação de que a figura materna não pode sentir raiva, tem medo de a exprimir e, ainda, culpa por vivenciar este sentimento. Por fim, manifestam-se os conflitos de maternidade. Estas mães relatam relacionamentos complicados com a sua própria figura materna, sentindo que a própria mãe não teve prazer em cuidar delas, pelo menos enquanto lactentes e crianças pequenas. Esta

percepção influencia os cuidados prestados e os afetos transmitidos pela mãe ao seu bebê, pelo facto de ela sentir, de modo consciente ou inconsciente, que esses cuidados não lhe foram prestados na sua infância. Como estas mães internalizaram uma imagem negativa da figura materna, mobilizam grandes esforços para desempenharem um papel distinto, o que transforma a maternidade num projeto árduo e complicado.

O sofrimento psicológico decorrente da depressão materna pode ter efeitos na qualidade da interação da díade (Hakanen et al., 2019). Mães com sintomas depressivos são menos sensíveis, estimulam menos os bebés cognitivamente, são mais intrusivas e demonstram afetos positivos reduzidos e mais afetos negativos para os bebés (Dib, Padovani, & Perosa, 2019). As revisões de literatura realizadas por Dib e colegas (2019), Hakanen e colegas (2019), e Murray, Fearon e Cooper (2015) revelam que estas mães não respondem ou não estão atentas às necessidades dos bebés, têm uma vinculação inferior com os filhos, e sorriem menos para os bebés. Demonstram, ainda, maior desinteresse, irritabilidade e uma comunicação intrusiva e hostil, comportamentos retraídos e desconectados com os bebés, não interagindo e sendo mais impacientes e autoritárias com os filhos.

As consequências na díade incluem, também, uma adaptação do bebé à qualidade da interação com a mãe deprimida, traduzindo-se numa diminuição do envolvimento do bebé com a mãe (Dib et al., 2019; Hakanen et al., 2019).

Estas figuras maternas absorvidas por um sentimento de vazio são incapazes de investir libidinalmente o bebé (Zimmerman, 2008), nomeadamente desenvolver atividades positivas de enriquecimento, como cantar músicas (Paulson, Dauber, & Leiferman, 2006).

L'Etoile e Leider (2011) realizaram um estudo com o intuito de verificar se existe alguma alteração nos parâmetros acústicos no canto dirigido aos bebés por mães com depressão pós-parto. Relativamente à discriminação entre sexos, mães com sintomas depressivos são mais propensas a cantar com maior clareza tonal para os lactentes do sexo masculino. O canto destas mães pode parecer rígido ou inflexível, tornando-se, consequentemente, ineficaz no objetivo de atrair a atenção do bebé. Quanto aos bebés do sexo feminino não foram encontrados efeitos na interação. Os resultados revelaram, ainda, que estas mães tendem a cantar numa velocidade mais rápida para os seus bebés. Os autores concluíram que o canto numa velocidade superior indica inexpressividade emocional, insensibilidade quanto ao estado emocional dos lactentes, e falta de consciência da resposta do bebé ao comportamento vocal materno.

A literatura sugere que o uso frequente de canções de embalar é benéfico na interação da díade e proporciona uma melhoria na saúde mental materna. As mães que cantam canções de embalar sentem-se mais positivas e felizes, relatando que cantar é uma solução para enfrentarem

momentos de desespero, e acrescentam que esta é uma experiência positiva com efeitos no seu bem-estar emocional e físico (Mackinlay & Baker, 2005). Os resultados de um estudo realizado por Fancourt e Perkins (2017) demonstraram que o cantar materno diário está significativamente correlacionado com menos sintomas de depressão pós-parto, maior sensação de bem-estar, autoestima e vínculo mãe-bebé. Van Puyvelde e colegas (2014) realizaram um programa de canto durante cinco semanas direcionado a mães com depressão pós-parto. Ao longo das sessões verificaram um aumento gradual da confiança e da autoeficácia materna.

Os resultados de programas de intervenção focados na importância que as canções de embalar têm na sensação de bem-estar materno revelam que após as sessões as mães relatam sentir uma melhoria no vínculo mãe-bebé, um aumento na sua confiança para cuidar do bebé e em ser uma boa mãe, e maior sensação de relaxamento o que, consequentemente, tem efeitos numa diminuição dos sinais fisiológicos de stress no bebé (Baker & Mackinlay, 2006; Friedman, Kaplan, Rosenthal, & Console, 2010).

Nas mais diversas culturas, as mães, no momento do adormecer, embalam os seus bebés ao som de uma canção por si entoada (Leite de Vasconcellos, 1907; Trehub, Unyk, & Trainor, 1993). O objetivo manifesto destas canções traduz-se no adormecer o bebé (Amaral Dias, 1986; Lorca, 1964), sendo que Leite de Vasconcellos (1907) e Trehub e Trainor (1998) assinalam que o recurso às canções de embalar induz à acalmia do lactente.

Segundo Carvalho (1994) verifica-se uma dinâmica nas canções de embalar através da melodia, do embalo e da letra da canção. As suas características diferenciam-nas de outros tipos de músicas. São entoadas pela mãe num tom de voz mais amoroso (Trainor, 1996), o seu ritmo é lento e a emocionalidade colocada na voz é menor (Trainor, Clark, Huntley, & Adams, 1997), são cantadas num tom de voz baixo (Tsang & Conrad, 2010), e há uma repetitividade (Trehub et al., 1993) a nível dos seus sons individuais, palavras e melodias. Baker e Mackinlay (2006) e Rodrigues (2005) referem que o efeito monótono e repetitivo das canções de embalar promovem a familiaridade com uma rotina de adormecer. Para além do recurso à cantiga, a interação normalmente faz-se acompanhar por gestos, contacto visual e estimulação táctil, o que promove a intimidade na díade e proporciona um ambiente seguro para o lactente (Mackinlay & Baker, 2005; Rodrigues, 2005).

Uma grande parte das cantigas de embalar enaltece as virtudes do bebé, com temas de amor, proferindo elogios. Outras tecem carinhos intercalados com imagens tranquilizantes, enquanto noutras são fantasiadas “ameaças” de forma divertida (Trehub & Trainor, 1998).

Esta experiência profunda do cantar materno está carregada de significados e afetos (Brisola & Cury, 2018), e uma canção de embalar só o pode ser considerada como tal quando permite a evocação de uma relação de amor (Carvalho, 1994). Os receios, as expectativas e as fantasias maternas em relação ao bebé podem ser explícitas na letra das canções de embalar (Friedman et al., 2010). Amaral Dias (1986) realizou um estudo com o intuito de aprofundar as fantasias inconscientes maternas presentes nas letras das canções de embalar. Este autor considera que as palavras enunciadas pela figura materna no momento do cantar não são fruto do acaso, representam a relação vivida pela mãe com o seu bebé e as fantasias maternas originadas nesse contexto. Este estudo foi efetuado com base numa amostra de canções de embalar recolhidas por Leite de Vasconcellos em 1938, de norte a sul do país.

Apesar das canções de embalar terem como objetivo principal adormecer e acalmar o bebé, o conteúdo de algumas faz alusão a personagens maléficas, sendo o “papão” uma das mais conhecidas. Leite de Vasconcellos (1907) recolheu canções de embalar tradicionais portuguesas, sendo frequente a menção de elementos angustiantes. Para Rodrigues (2005) a referência a estas entidades assustadoras tem um duplo significado latente. Por um lado, corporalizam o medo da mãe de que algo possa acontecer ao lactente, e por outro significam que a companhia da figura materna protege o bebé contra todos os perigos.

Para Lorca (1964) a letra presente no cantar materno apresenta e introduz o bebé na realidade “crua”. Através das canções de embalar as mães revelam a sua personalidade e as suas crenças, e transmitem aos bebés os seus valores pessoais e as tradições da família. Deste modo, através das canções de embalar a figura materna exterioriza as suas emoções, sentimentos e pensamentos de um modo criativo, o que lhe possibilita uma sensação de acalmia (Brisola & Cury, 2018; Rodrigues, 2005).

As necessidades do bebé, as características da canção de embalar, e/ou as necessidades físicas, emocionais ou psíquicas da mãe são os elementos mais importantes no momento da escolha da canção, seguidos pela familiaridade e confiança materna, bem como o prazer e o efeito calmante sentidos pela díade. No estudo de Baker e Mackinlay (2006, p. 154) uma mãe expressava da seguinte forma a importância do cantar: “*(singing) helped me get through those periods of the day and night where I was absolutely exhausted and she was in pain and screaming, to calm myself down, and her*”<sup>1</sup>. As canções de embalar são utilizadas em momentos de inquietação do bebé, choro, hora de adormecer ou brincar e partilha de carícias

---

<sup>1</sup> “(cantar) ajudou-me a passar por aqueles períodos do dia e da noite em que eu estava absolutamente exausta e ela estava em sofrimento e gritava, para me acalmar e a ela”.



(Persico et al., 2017), sendo que esta forma de comunicação é benéfica na regulação do estado emocional do bebê (Trainor, 1996).

Carolan e colaboradores (2012, pp. 177, 178) recolheram declarações maternas após o cantar e algumas são a seguir citadas: *“So you start singing to them. And then once you see them respond, you do it even more. I wasn’t expecting anything, because I never had a baby before. So he is responding to the lullaby, when I start singing, he turns and looks and listens and waits”*<sup>2</sup>; *“He responds... he looks and kind of starts smiling”*<sup>3</sup>. As respostas do lactente perante a audição de uma cantiga de embalar incentivam a mãe a interagir com ele e a cantar-lhe por diversão (Carolan et al., 2012), sendo que as mesmas contribuem para a mãe conhecer melhor o bebê (Brisola & Cury, 2018).

O uso de canções de embalar tem benefícios para o sono do bebê, nomeadamente diminui a duração do tempo de adormecimento, reduz o acordar durante a noite, diminui a frequência dos períodos de choro e das cólicas, o que consequentemente promove um aquietamento no lactente (Castro, 2014; Persico et al., 2017).

Na literatura existem alguns estudos que relacionam o tema da depressão materna e a prática de canções de embalar na relação precoce mãe-bebê, contudo estes estudos são relativamente escassos e maioritariamente focados nos resultados de programas de intervenção. A título de exemplo destacam-se os estudos realizados por Baker e Mackinlay (2006), Fancourt e Perkins (2017), Friedman e colegas (2010) e Van Puyveld e colegas (2014). Estes estudos demonstram que as canções de embalar são benéficas para uma maior sensação de bem-estar físico, emocional e mental materno, contudo ainda há uma carência relativa de investigação na relação entre depressão materna e canções de embalar.

## Objetivos

O principal objetivo deste estudo é aprofundar a investigação sobre a interação entre a prática de canções de embalar e a depressão materna na relação precoce mãe-bebê. São, ainda, definidos os seguintes objetivos específicos: i) compreender o papel das canções de embalar na rotina do adormecer e as reações da criança e da mãe a esta prática; ii) analisar a frequência da utilização das canções de embalar e a sua relação com variáveis sociodemográficas, familiares, da gravidez e do parto selecionadas; iii) perceber em que medida a depressão materna influencia esta prática de tranquilização do bebê.

---

<sup>2</sup> “Então comesas a cantar para eles. E uma vez que os vejas a responder, fazes isso ainda mais. Eu não esperava nada, porque eu nunca tive um bebê antes. Então ele está a responder à canção de embalar, quando eu começo a cantar, ele vira e olha e ouve e espera”.

<sup>3</sup> “Ele responde... ele olha e parece que começa a sorrir”.

## **Materiais e Métodos**

### **Procedimentos**

O presente estudo empírico é de desenho quantitativo. A recolha de dados ocorreu através de um processo de amostragem não probabilístico, por conveniência e “bola de neve”, realizado em duas fases. Durante a primeira etapa, que ocorreu entre dezembro de 2017 e setembro de 2018, foi construído um questionário (detalhado posteriormente no presente trabalho). Foi testada a sua adequabilidade sendo administrado a três mães. Estas não sugeriram alterações ao questionário, contudo os investigadores realizaram mudanças na forma textual de algumas questões de modo a que as mesmas se tornassem mais compreensíveis para as participantes. Os dados obtidos nesta fase do estudo foram incluídos nesta amostra.

Na segunda etapa, decorrida entre outubro de 2018 e fevereiro de 2019, procedeu-se à administração dos restantes questionários. Para tal contactaram-se instituições de apoio à infância e foram identificadas as mães que obedeciam aos critérios de inclusão, a saber: ser mãe de pelo menos um filho com idade máxima de 36 meses, e não apresentar qualquer problema que inviabilizasse o preenchimento do questionário. Todas as participantes tiveram conhecimento do carácter voluntário da sua participação, dos objetivos do estudo e das garantias de anonimato e confidencialidade dos dados, através da sua assinatura no consentimento informado.

### **Participantes**

O presente estudo abrangeu uma amostra de 113 mães, com idades compreendidas entre os 19 e 44 anos ( $M = 33,61$ ;  $DP = 5,51$ ). A maioria é de nacionalidade portuguesa ( $n = 110$ ; 97,3%), casada ( $n = 53$ ; 46,9%), possui habilitações literárias ao nível do ensino secundário ( $n = 56$ ; 49,6%), está empregada ( $n = 100$ ; 88,5%), trabalhando 40 horas por semana ( $n = 64$ ; 65,3%), sendo o sector de atividade mais frequente os “trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores” ( $n = 40$ ; 35,4%). Em 84,1% dos casos identifica-se com uma religião ( $n = 95$ ), mas não a pratica com regularidade ( $n = 89$ ; 78,8%). A maioria das mães não está diagnosticada com problemas médicos ( $n = 93$ ; 82,3%) (Tabela 1).

**Tabela 1***Caracterização sociodemográfica da amostra (n = 113)*

		n	%	M	DP			n	%	M	DP
<b>Idade das mães (em anos)</b>	Min. = 19; Máx. = 44	-	-	33,61	5,51	<b>Nº de horas de trabalho semanais</b>	Até 34 horas	2	2,0	-	-
							35 a 39 horas	23	23,5	-	-
							40 horas	64	65,3	-	-
							Mais de 40 horas	9	9,2	-	-
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	110	97,3	-	-	<b>Profissão</b>	2	23	20,4	-	-
	Inglesa	1	0,9	-	-		3	5	4,4	-	-
	Holandesa	1	0,9	-	-		4	16	14,2	-	-
	Brasileira	1	0,9	-	-		5	40	35,4	-	-
							7	3	2,7	-	-
							8	5	4,4	-	-
							9	6	5,3	-	-
<b>Estado civil</b>	Solteira	18	15,9	-	-	<b>Identificação com uma religião</b>					
	União de facto	39	34,5	-	-		Sim	95	84,1	-	-
	Casada	53	46,9	-	-		Não	18	15,9	-	-
	Divorciada	3	2,7	-	-						
<b>Habilitações literárias</b>	Até 3º ciclo	15	13,3	-	-	<b>Prática religiosa regular</b>					
	Ensino Secundário	56	49,6	-	-		Sim	24	21,2	-	-
	Ensino Superior (licenciatura, mestrado e doutoramento)	42	37,2	-	-		Não	89	78,8	-	-
<b>Situação Profissional</b>	Empregada	97	85,8	-	-	<b>Diagnóstico de problema médico (mãe)</b>					
	Desempregada	12	10,6	-	-		Sim	20	17,7	-	-
	Estudante / trabalhadora estudante	4	3,6	-	-		Não	93	82,3	-	-
<b>Regime de trabalho</b>	Horário fixo	75	66,4	-	-						
	Turnos	23	20,4	-	-						

**Notas:** n = número de sujeitos; % = percentagem; M = média; DP = desvio padrão; Min. = mínimo; Máx. = máximo; Número referente ao grande grupo das profissões segundo o INE (2011): 2 = Especialista das atividades intelectuais e científicas; 3 = Técnicos e profissões de nível intermédio; 4 = Pessoal Administrativo; 5 = Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; 7 = Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; 8 = Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; 9 = Trabalhadores não qualificados.

Há uma predominância da tipologia familiar nuclear ( $n = 98$ ; 86,7%). Cerca de metade das mães em estudo habitam numa zona rural ( $n = 59$ ; 52,2%), os rendimentos mensais situam-se entre os 1000€ e 2000€ ( $n = 68$ , 60,2%), e, a larga maioria, mais de  $\frac{3}{4}$  da amostra, não identifica situações problemáticas no agregado familiar ( $n = 96$ ; 85,0%). A maioria das mães recebe a ajuda de familiares próximos nos cuidados maternos ( $n = 86$ ; 76,1%), principalmente providenciada pelos seus pais ( $n = 50$ ; 58,1%). A maioria das participantes tem um filho ( $n = 57$ ; 50,4%). Quanto aos filhos mais novos, estes têm idades compreendidas entre os 1 e 36 meses ( $M = 20,0$ ;  $DP = 8,47$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2***Caracterização do agregado familiar (n = 113)*

		n	%	M	DP			n	%	M	DP
<b>Tipologia familiar</b>	Nuclear	98	86,7	-	-	<b>Presença de familiares próximos que ajudam nos cuidados maternos</b>					
	Monoparental	7	6,2	-	-		Sim	86	76,1	-	-
	Outros	8	7,1	-	-		Não	27	23,9	-	-
	(reconstituída e alargada)										
<b>Zona de residência</b>						<b>Parentesco dos familiares próximos que providenciam apoio</b>	Pais	50	58,14	-	-
							Avós	25	29,01	-	-
	Rural	59	52,2	-	-		Sogros	23	26,74	-	-
	Suburbana	19	16,8	-	-		Tios	8	9,30	-	-
	Urbana	35	31,0	-	-		Irmãos e cunhados	12	13,95	-	-
<b>Rendimento mensal do agregado familiar</b>	Inferior a 1000€	32	28,3	-	-	<b>Número de filhos</b>					
	Entre 1000€ e 2000€	68	60,2	-	-		1	57	50,4	-	-
	Superior a 2000€	13	11,5	-	-		2 ou mais	56	49,6	-	-
<b>Situações problemáticas identificadas no agregado familiar</b>	Desemprego	13	11,5	-	-	<b>Idade do filho mais novo (em meses)</b>					
	Alcoolismo	2	1,8	-	-		Min. = 1;				
	Violência conjugal e/ou doméstica	1	0,9	-	-		Máx. = 36	-	-	20,00	8,47
	Baixa médica	1	0,9	-	-						
	Não identifica	96	85,0	-	-						

*Notas:* n = número de sujeitos; % = percentagem; M = média; DP = desvio padrão; Min. = mínimo; Máx. = máximo.

No que diz respeito à gravidez, a maioria das mães não foi acompanhada medicamente por problemas de fertilidade ( $n = 95$ ; 84,1%), teve uma gravidez planeada em 82,3% ( $n = 93$ ) dos casos e desejada pela maioria das participantes ( $n = 107$ ; 94,7%). Em 96,5% ( $n = 109$ ) dos casos o pai do bebé envolveu-se ao longo da gravidez, principalmente acompanhando a mãe nas idas às consultas ( $n = 100$ ; 88,5%), predominando uma relação “muito boa” com o pai da criança ( $n = 79$ ; 30,1%). No decorrer da gravidez as mães receberam principalmente apoio significativo de familiares ( $n = 101$ ; 89,4%). A maioria das participantes não registou o falecimento de alguém significativo ( $n = 96$ ; 85%) ou outras situações com impacto emocional percebido durante a gravidez ( $n = 80$ ; 70,8%), não identificou complicações médicas na gestação ( $n = 79$ ; 69,9%), e não percepcionou a gravidez como sendo de risco ( $n = 65$ ; 57,5%). No que respeita ao parto em 53,1% ( $n = 60$ ) dos casos foi distócico, e ocorreu entre as 37 e 42 semanas na maioria das gestantes ( $n = 103$ ; 91,2%). Predominaram os casos em que o bebé nasceu sem problemas de saúde ( $n = 93$ ; 82,3%) e a maioria das mães amamenta ou amamentou o seu bebé ( $n = 97$ ; 85,8%). Relativamente à primeira reação ao ver o bebé predominaram os sentimentos de “alegria/felicidade” ( $n = 58$ ; 51,3%) (Tabela 3).

Tabela 3

Caracterização da gravidez das participantes (n = 113)

Caracterização da gravidez das participantes (n = 115)											
		n	%			n	%				
Acompanhamento médico por problemas de fertilidade	Sim	18	15,9	Confrontada com situações que a afetaram emocionalmente durante a gravidez	Sim	33	29,2				
	Não	95	84,1		Não	80	70,8				
Gravidez planeada ou acidental	Planeada	93	82,3	Perceção da gravidez como sendo de risco	Sim	48	42,5				
	Acidental	20	17,7		Não	65	57,5				
Gravidez desejada	Sim	107	94,7	Complicações médicas durante a gravidez	Sim	34	30,1				
	Não	6	5,3		Não	79	69,9				
Envolvimento do pai do bebé ao longo da gravidez	Sim	109	96,5	Tipo de parto	Eutócico (Parto natural)	53	46,9				
	Não	4	3,5		Distócico (Fórceps, ventosas, cesariana)	60	53,1				
De que forma se envolveu	1	Sim	72	63,7	Parto ocorreu entre as 37 e 42 semanas de gestação	Sim	103	91,2			
		Não	41	36,3							
	2	Sim	51	45,1							
		Não	62	54,9							
	3	Sim	95	84,1							
		Não	18	15,9							
	4	Sim	100	88,5					Não	10	8,8
		Não	13	11,5							
	5	Sim	96	85,0							
		Não	17	15,0							
	6	Sim	88	77,9							
		Não	25	22,1							
	7	Sim	1	0,9							
		Não	112	99,1							
Relação com o pai do bebé	Má / Razoável	9	8,0	Bebé nasceu com problema de saúde	Sim	20	17,7				
	Boa	25	22,1		Não	93	82,3				
	Muito boa	79	69,9								
Apoios recebidos no decorrer da gravidez	Familiares	Sim	101	89,4	Amamenta/ amamentou	Sim	97	85,8			
		Não	12	10,6							
	Amigos	Sim	68	60,2							
		Não	45	39,8							
	Profissionais de saúde	Sim	75	66,4							
		Não	38	33,6							
Falecimento de alguém importante durante o período gestacional	Sim	17	Primeira reação ao ver o bebé				Alegria/Felicidade*	Sim	58	51,3	
								Não	55	48,7	
							Amor/Paixão/	Sim	25	22,1	
							Ternura	Não	88	77,9	
							Receio/medo/ansiedade**	Sim	16	14,2	
								Não	97	85,8	
							Alívio	Sim	13	11,5	
								Não	100	88,5	
							Admiração***	Sim	24	21,2	
								Não	89	78,8	
							Emocionada/chorar	Sim	19	16,8	
								Não	94	83,2	
							Outros ****	Sim	35	31,0	
								Não	78	69,0	

Notas: n = número de sujeitos; % = percentagem; 1 = Partilha de atividades; 2 = Partilha de preparação do parto; 3 = Preocupação com a gravidez; 4 = Acompanhou nas consultas; 5 = Acompanhou na realização de exames; 6 = Conversaram sobre os anseios de ambos em relação ao filho; 7 = Administração de injeção; \* referência a estados emocionais pontuados pela euforia, contentamento e felicidade; \*\* medo relacionado com dúvidas sobre as capacidades maternas, apreensão; \*\*\* referência ao bebé como “perfeitinho” ou “mais bonito do mundo”; \*\*\*\* curiosidade, sentimento de mudança, incapacidade de descrever a situação, satisfação, orgulho.

## Instrumentos

Importa assinalar que o presente estudo integra um projeto de investigação centrado na relação entre canções de embalar e interação precoce, pelo que o protocolo de recolha de dados integra

o seguinte conjunto de instrumentos psicométricos: Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento (*Postpartum Bonding Questionnaire* – PBQ, Brockington et al., 2001; versão portuguesa de Nazaré, Fonseca e Canavarro, 2012), o Inventário de Ansiedade Estado e Traço (*State-Trait Anxiety Inventory* – STAI, Spielberger, 1983; versão portuguesa de Daniel e Ponciano, 2006), e o Inventário Depressivo de Beck (*Beck Depression Inventory* – BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh, 1961; versão portuguesa de Vaz Serra e Pio da Costa Abreu, 1973). Como a presente dissertação se foca na questão da depressão materna, não foi realizada a descrição dos instrumentos PBQ e STAI e não foram analisadas as interações entre a variável independente, a ligação ao bebé e a ansiedade, as quais são o objetivo de outro estudo decorrente do mesmo projeto de investigação.

O *Inventário Depressivo de Beck* (BDI – Beck Depression Inventory) foi desenvolvido por Beck e colegas, em 1961. A validação para a população portuguesa foi realizada por Vaz Serra e Pio da Costa Abreu em 1973. A amostra da validação portuguesa do BDI foi realizada com recurso a 70 doentes deprimidos (Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973).

O BDI é uma escala de autorresposta que avalia a sintomatologia depressiva. Este instrumento é constituído por 21 grupos de itens, avaliando os sintomas a nível afetivo, motivacional, cognitivo e físico: estado de ânimo triste, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, sentimentos de culpabilidade, sentimento ou desejo de autopunição, ódio a si mesmo, autoacusação, desejos suicidas, crises de choro, irritabilidade, afastamento social, incapacidade de decisão, distorção da imagem corporal, incapacidade de trabalhar, perturbações de sono, fatigabilidade, perda de apetite, perda de peso, hipocondria e diminuição da libido (Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973).

Cada grupo de sintomas é definido por 4, 5 ou 6 afirmações, sendo o estado de depressão avaliado dimensionalmente por ordem crescente de gravidade. A avaliação dos sintomas é realizada numa escala que vai desde 0-inexistência do sintoma, 1-existência leve do sintoma, 2-existência moderada do sintoma, a 3-manifestação mais grave do sintoma. A pontuação final obtém-se através da soma da cotação de cada um dos grupos, variando num intervalo de 0 a 63 (Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973).

Na versão portuguesa, a média e desvio-padrão de indivíduos normais foi de  $3,87 \pm 4,15$ , e nos doentes deprimidos foi de  $25,03 \pm 8,17$ . Os autores consideram como ponto de corte o valor 12 (Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973). No presente estudo o valor do alpha de Cronbach foi de 0,88, correspondendo a uma boa consistência interna.

Considerando a especificidade dos objetivos propostos foi desenhado um questionário, tendo por base os estudos de Grasina (2017), Grasina e colaboradores (2019), e Sá e Torres (2019). O questionário desenhado engloba três secções:

1. *Dados sociodemográficos, profissionais, académicos e familiares:* permitiram a caracterização da amostra, e compreenderam a idade das participantes, nacionalidade, estado civil, concelho e zona de residência, concelho e zona de naturalidade, habilitações académicas, situação e atividade profissional englobando o regime laboral e as horas de trabalho semanal, identificação com uma crença religiosa e a sua prática regular, composição do agregado familiar, os seus rendimentos mensais, existência de familiares próximos que providenciam ajuda nos cuidados maternos e distância de residência dos mesmos, identificação de situações no agregado familiar considerada pelas participante como problemáticas, e uma questão acerca do diagnóstico de algum problema médico da participante;

2. *Informações relativas à pré-gravidez, gravidez, parto, pós-parto e amamentação:* considerando as mudanças na gestante inerentes a este período e a importância do mesmo na elaboração da relação entre a mãe e o bebé, as questões foram divididas em cinco grupos:

a) *pré-gestacional:* existência ou não de acompanhamento médico por problemas de fertilidade, a gravidez foi planeada ou acidental, e se foi uma gravidez desejada;

b) *gestacional:* se o pai do bebé se envolveu ao longo da gravidez e de que forma, como a mãe considera a sua relação com o pai do bebé, se recebeu apoios significativos durante a gravidez de familiares, amigos e/ou profissionais de saúde, se ocorreu o falecimento de alguém importante, se foi confrontada com outras situações com impacto emocional, percepção da gravidez como sendo de risco, em que trimestre e qual o motivo, e se existiram complicações médicas durante a gravidez;

c) *parto:* tipo de parto e se ocorreu durante o período esperado (37 a 42 semanas);

d) *pós-gestacional:* descrição da primeira reação ao ver o bebé, se o bebé nasceu com algum problema de saúde, qual o problema em caso de resposta afirmativa, se continua em tratamento ou se recuperou do mesmo sem ter ficado com sequelas;

e) *amamentação:* a mãe amamenta/amamentou o bebé, até que idade caso a resposta fosse positiva, e adaptação ao leite artificial em caso de resposta negativa;

3) *Informações sobre o adormecer do bebé:* foi questionado o número de filhos e as idades dos mesmos, rotinas do adormecer [quem adormece, em que local adormece, identificação de uma rotina no adormecer, necessidades do bebé para adormecer (p. ex.: cantar)], utilização de canções de embalar, início do cantar para o bebé e frequência, reações do bebé perante a audição da canção de embalar, o que a mãe sente durante e após o cantar, utilização das canções

nos filhos mais velhos, transmissão intergeracional das canções de embalar, situações em que recorre a esta prática, tipo de canções de embalar que usa. Por fim, foi solicitada à mãe uma transcrição ou gravação da(s) canção(ões) de embalar que costuma cantar.

### **Análise de dados**

As análises estatísticas necessárias para o tratamento de dados foram efetuadas com recurso ao programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0, para Windows. Como o número da amostra é superior a 30 participantes a normalidade foi assumida com base no Teoria do Limite Central, assumindo que a distribuição da média amostral tende a aproximar-se de uma distribuição normal. No que respeita à homogeneidade de variâncias foi utilizado o Teste de Levene, aceitando a homogeneidade se  $p \geq 0,05$  (Field, 2009). Quando se verificou a condição da homogeneidade utilizaram-se testes paramétricos (Teste *t* Independente e ANOVA), e testes não paramétricos quando a mesma não se verificou (Teste Mann-Whitney e Teste Kruskal-Wallis). Recorreu-se ao Teste do Qui-Quadrado de Independência ou ao Teste Exato de Fisher para comparar a frequência e a relação entre variáveis categoriais. Adicionalmente, realizaram-se análises de fiabilidade de forma a averiguar a consistência interna dos questionários utilizados.

### **Resultados**

No que respeita ao uso de canções de embalar verificou-se que 65,5% ( $n = 74$ ) das mães recorria a esta prática. Era sobretudo a mãe ( $n = 53$ ; 46,9%) quem adormecia o bebé, sendo também uma atividade partilhada pelo pai ( $n = 51$ ; 45,1%). A maioria das participantes ( $n = 101$ ; 89,4%) identificou uma rotina no adormecer, sendo que o bebé adormecia principalmente na cama ( $n = 62$ ; 54,9%). Para além do recurso a canções de embalar, em 44,2% ( $n = 50$ ) dos casos não era necessária qualquer atividade para adormecer o bebé, e 15,9% ( $n = 18$ ) dos bebés preferia receber carícias e ter o acompanhamento dos pais no momento do adormecer (Tabela 4).



**Tabela 4***Rotinas e atividades para adormecer (n = 113)*

		n	%			n	%
<b>Costuma cantar canções de embalar</b>	Sim	74	65,5	<b>Quem adormece a criança</b>	Mãe	53	46,9
	Não	39	34,5		Casal	51	45,1
					Ninguém	6	5,3
					Pais e outros (avós e irmãos)	3	2,7
<b>Rotina no adormecer</b>	Sim	101	89,4	<b>Atividades para adormecer</b>	Cantar	14	12,4
	Não	12	10,6		Contar histórias	12	10,6
<b>Onde adormece</b>	Berço	17	15,0		Cantar/contar histórias e outra atividade ***	9	8,0
	Colo	11	9,7		Acompanhamento/carícias	18	15,9
	Berço e colo	1	0,9		Outra atividade ****	10	8,8
	Cama	62	54,9		Nada	50	44,2
	Cama e outros sítios *	15	13,3				
	Outros sítios **	7	6,2				

**Notas:** n = número de sujeitos; % = percentagem; \* carro, berço, colo; \*\* cadeirinha, sala, cadeira de baloiço, cama dos pais; \*\*\* alimentação, toque físico, acompanhamento; \*\*\*\* alimentação, desenhos animados, música, falar para o bebé.

Relativamente ao momento em que as participantes começaram a cantar para o bebé 64,9% ( $n = 48$ ) das mães referiram “desde o nascimento”, sendo que 21,6% ( $n = 16$ ) deram início a esta prática “desde a gravidez”. As canções de embalar eram utilizadas “frequentemente” e “algumas vezes” em número igual ( $n = 31$ ; 41,9%). Relativamente às reações do bebé ao escutar uma canção de embalar a mais frequentemente identificada era acalmia ( $n = 44$ ; 59,5%), seguindo-se o ficar atento/admirado a olhar ( $n = 28$ ; 37,8). Enquanto cantavam para o bebé as participantes sentiam-se principalmente calmas e tranquilas ( $n = 31$ ; 41,9%), e com uma sensação de satisfação e bem-estar ( $n = 27$ ; 36,5%). Após o cantar predominavam os sentimentos de satisfação e bem-estar ( $n = 27$ ; 37,5%), e de calma e tranquilidade (Tabela 5).

**Tabela 5***Caracterização das canções de embalar (n = 74)*

Sentimentos da mãe com canções de embalar (n = 117)			n	%				n	%	
Quando começou a cantar canções de embalar	Desde a gravidez		16	21,6	Sentimentos da mãe enquanto canta	Calma/tranquilidade	Sim	31	41,9	
	Desde o nascimento		48	64,9			Não	43	58,1	
	Algum tempo após o nascimento		5	6,8		Satisfação/bem-estar	Sim	27	36,5	
	Não se recorda		5	6,8			Não	47	63,5	
Frequência com que canta canções de embalar						Felicidade	Sim	13	17,6	
							Não	61	82,4	
						Outros (nostalgia, indiferença, esquisita, etc.)	Sim	21	28,4	
						Não	53	71,6		
Reação do bebé à canção de embalar	Ri	Sim	23	31,1	Sentimentos da mãe após cantar					
		Não	51	68,9						
	Acalma	Sim	44	59,5			Calma/tranquilidade	Sim	22	30,1
		Não	30	40,5				Não	51	69,9
	Adormece	Sim	17	23,0			Satisfação/bem-estar	Sim	27	37,5
		Não	57	77,0				Não	45	62,5
	Fica atento/ admirado a olhar	Sim	28	37,8			Felicidade	Sim	20	27,8
		Não	46	62,2				Não	52	72,2
	Outros (canta também, fica indiferente)	Sim	3	4,1			Outros (indiferença, orgulho, alívio, etc.)	Sim	14	19,4
		Não	71	95,9				Não	58	80,6

**Notas:** n = número de sujeitos; % = percentagem.

Não só o hábito de cantar na hora de adormecer se mantinha de filho para filho ( $n = 33$ ; 73,3%), como também as canções utilizadas eram as mesmas. Em 90,9% ( $n = 30$ ) dos casos a canção

utilizada anteriormente com o filho mais velho era a mesma cantada na atualidade. A maioria das mães ( $n = 55$ ; 48,7%) que cantavam para as suas crianças não tiveram quem cantasse para si na infância. A canção cantada pelas mães era a mesma que escutaram na sua infância na maioria dos casos ( $n = 27$ ; 67,5%). Em 65,2% ( $n = 30$ ) dos casos esta transmissão verificava-se por via materna e paterna, seguindo-se um contributo das avós ( $n = 8$ ; 17,4%). A aprendizagem das canções de embalar ocorreu principalmente através de familiares ( $n = 42$ ; 56,8%), seguindo-se a pesquisa através da audição na rádio, televisão e internet ( $n = 18$ ; 24,3%). Relativamente aos momentos em que as mães cantavam destacam-se os do brincar ( $n = 48$ ; 64,9%) e do adormecer ( $n = 47$ ; 63,5%), sendo as canções de embalar tradicionais as mais utilizadas ( $n = 58$ ; 78,4%), seguindo-se as canções/melodias inventadas pelas participantes ( $n = 40$ ; 54,1%) (Tabela 6).

**Tabela 6***Transmissão das canções de embalar ( $n = 74$ )*

Transmissão das canções de embalar (n = 113)								
		n	%			n	%	
<b>Caso tenha filhos com mais de três anos já cantava canções de embalar para eles (n = 45)</b>	Sim	33	73,3	<b>Canta ao filho as mesmas canções de embalar que lhe cantavam a si (n = 40)</b>	Sim	27	67,5	
	Não	12	26,7		Não	13	32,5	
<b>As canções que canta atualmente são as mesmas (n = 33)</b>	Sim	30	90,9	<b>Com quem aprendeu as canções</b>	Rádio/TV/Internet	18	24,3	
	Não	3	9,1		Mãe	14	18,9	
<b>Cantavam para si quando era criança (n = 113)</b>	Sim Não Não se recorda	46 55 12	40,7 48,7 10,6		Pais e outros (avós, irmãos, sogra, escola, rádio/TV)	13	17,6	
					Outros familiares (avós, primos, irmãos, sobrinha)	13	17,6	
					Família e infantário/escola	2	2,7	
					Infantário/escola	4	5,4	
					Inventadas	3	4,1	
					Não se recorda	7	9,5	
					Adormecer	Sim	47	63,5
						Não	27	36,5
				Períodos de choro	Sim	46	62,2	
					Não	28	37,8	
<b>Quem cantava para si (n = 46)</b>	Pais Pais e outros familiares (avós, irmãs e madrinha) Avós Ama Não se recorda	30 10 2 1 3	65,2 21,7 4,4 2,2 6,5	<b>Situações em que utiliza canções de embalar</b>	Inquietação do bebé	Sim	35	47,3
						Não	39	52,7
					Alimentação	Sim	15	20,3
						Não	59	79,7
					Enquanto brinca com o bebé	Sim	48	64,9
						Não	26	35,1
					Canções/melodias inventadas	Sim	40	54,1
						Não	34	45,9
					Canções de embalar tradicionais	Sim	58	78,4
						Não	16	21,6
<b>Tipo de canções de embalar utilizadas</b>	Canções da atualidade	Sim	31	41,9				
		Não	43	58,1				
		Melodias (canções sem letra)	Sim	31	41,9			
			Não	43	58,1			
		Canções que o bebé ouviu durante a gravidez	Sim	8	10,8			
			Não	66	89,2			

*Notas:*  $n$  = número de sujeitos; % = percentagem.

Relativamente à prática de canções de embalar de acordo com as variáveis sociodemográficas verificou-se uma maior frequência nas participantes com mais de 40 anos e que estavam solteiras ou divorciadas. Eram as mães com habilitações literárias equivalentes ao ensino superior, desempregadas, que trabalhavam num regime de horário fixo e que trabalhavam até 39 horas quem mais tendência tinha para recorrer a esta prática. As participantes que estavam diagnosticadas com um problema médico faziam mais uso desta prática. Refira-se, contudo, que estes resultados não são estatisticamente significativos (Tabela 7).

**Tabela 7**

*Utilização de canções de embalar segundo variáveis sociodemográficas (n=113)*

		Canta canções de embalar				Teste Qui-Quadrado
		Sim		Não		
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Idade da mãe (em anos)	19-29	18	66,7	9	33,3	$\chi^2 = 0,512$ $p = 0,774$
	30-39	41	63,1	24	36,9	
	Mais de 40	15	71,4	6	28,6	
Estado civil	Solteira/divorciada	16	76,2	5	23,8	$\chi^2 = 5,451$ $p = 0,066$
	União de facto	20	51,3	19	48,7	
	Casada	38	71,7	15	28,3	
Habilitações literárias	Até 3º ciclo	11	73,3	4	26,7	$\chi^2 = 5,080$ $p = 0,079$
	Ensino secundário	31	55,4	25	44,6	
	Ensino superior	32	76,2	10	23,8	
Situação profissional	Estudante/ trabalhadora-estudante	2	50,0	2	50,0	$\chi^2 = 0,672$ $p = 0,739$
	Empregada	64	66,0	33	34,0	
	Desempregada	8	66,7	4	33,3	
Regime de trabalho (n = 98)	Horário fixo	50	66,7	25	33,3	$\chi^2 = 0,017$ $p = 0,898$
	Turnos	15	65,2	8	34,8	
Número de horas de trabalho semanais (n = 98)	Até 39 horas	19	76,0	6	24,0	$\chi^2 = 1,406$ $p = 0,236$
	40 horas ou mais	46	63,0	27	37,0	
Identificação com uma religião	Sim	61	64,2	34	35,8	$\chi^2 = 0,430$ $p = 0,512$
	Não	13	72,2	5	27,8	
Prática religiosa regular	Sim	16	66,7	8	33,3	$\chi^2 = 0,019$ $p = 0,891$
	Não	58	65,2	31	34,8	
Diagnóstico de problema médico (mãe)	Sim	16	80,0	4	20,0	$\chi^2 = 2,265$ $p = 0,132$
	Não	58	62,4	35	37,6	

Notas: n = números de sujeitos; % = percentagem;  $\chi^2$  = teste Qui-quadrado; p = nível de significância.

Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre a variável “canta canções de embalar” e a zona de naturalidade da mãe, já que a utilização de canções de embalar parece ser mais frequente nas mães oriundas de zona urbana. Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre a variável “canta canções de embalar” e as restantes variáveis de caracterização familiar. As participantes pertencentes a uma família monoparental, reconstituída ou alargada, residentes numa zona rural e cujos rendimentos mensais do agregado familiar se situavam acima dos 2000€ eram mais propensas a cantar canções de embalar. As mães que não identificaram situações problemáticas no agregado familiar e que beneficiavam da presença de familiares próximos para auxílio nos cuidados maternos eram quem mais

recorria a esta prática. Os resultados indicaram que as mães com mais de dois filhos tinham mais tendência para cantar, bem como aquelas em que a idade do filho mais novo se situava entre os 1 e 12 meses (Tabela 8).

**Tabela 8**

*Utilização de canções de embalar segundo caracterização familiar (n = 113)*

		Canta canções de embalar				Teste Qui-Quadrado
		Sim		Não		
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Tipologia familiar	Nuclear	63	64,3	35	35,7	$\chi^2 = 0,471$ p = 0,492
	Outros (monoparental, reconstituída, alargada)	11	73,3	4	26,7	
Zona de residência	Rural	44	74,6	15	25,4	$\chi^2 = 5,383$ p = 0,068
	Suburbana	9	47,4	10	52,6	
	Urbana	21	60,0	14	40,0	
Zona de naturalidade	Rural	35	66,0	18	34,0	$\chi^2 = 6,462$ p = 0,040*
	Suburbana	8	42,1	11	57,9	
	Urbana	31	75,6	10	24,4	
Rendimento mensal do agregado familiar	Inferior a 1000€	18	56,3	14	43,8	$\chi^2 = 2,003$ p = 0,399
	Entre 1000€ e 2000€	46	67,6	22	32,4	
	Superior a 2000€	10	76,9	3	23,1	
Situações problemáticas identificadas no agregado familiar	Identifica	9	52,9	8	47,1	$\chi^2 = 1,393$ p = 0,238
	Não identifica	65	67,7	31	32,3	
Presença de familiares próximos que a ajudam nos cuidados maternos	Sim	59	68,6	27	31,4	$\chi^2 = 1,548$ p = 0,213
	Não	15	55,6	12	44,4	
Número de filhos	1	36	63,2	21	36,8	$\chi^2 = 0,276$ p = 0,599
	2 ou mais	38	67,9	18	32,1	
Idade do filho mais novo (em meses)	1-12	22	71,0	9	29,0	$\chi^2 = 4,548$ p = 0,108
	13-24	47	68,1	22	31,9	
	25-36	5	38,5	8	61,5	

Notas: n = números de sujeitos; % = percentagem;  $\chi^2$  = teste Qui-quadrado; p = nível de significância; \* p ≤ 0,05.

Os resultados revelaram uma associação estatisticamente significativa entre a variável “canta canções de embalar” e a relação com o pai do bebé, em que esta prática parece estar associada a mães que identificavam uma relação “muito boa” com o pai do bebé. Ainda que não seja estatisticamente significativo verificou-se que as participantes que referiram um envolvimento do pai ao longo da gravidez eram mais propensas a cantar. Relativamente aos apoios recebidos ao longo da gravidez, mães que receberam apoio de familiares utilizavam mais esta prática, bem como as participantes que não receberam apoios de amigos e de profissionais de saúde ao longo da gravidez. As participantes que não registaram o falecimento de alguém importante e as que foram confrontadas com situações que as afetaram emocionalmente durante a gestação tinham mais tendência para cantar canções de embalar (Tabela 9).

**Tabela 9**

*Utilização de canções de embalar segundo variáveis de apoios significativos e situações com impacto emocional no decorrer da gravidez (n = 113)*

			Canta canções de embalar				Teste Qui-Quadrado
			Sim		Não		
			<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Envolvimento do pai do bebê ao longo da gravidez	Sim		73	67,0	36	33,0	a)
	Não		1	25,0	3	75,0	<i>p</i> = 0,118
Relação com o pai do bebê	Má/Razoável		6	66,7	3	33,3	$\chi^2$ = 6,457 <i>p</i> = 0,034*
	Boa		11	44,0	14	56,0	
	Muito Boa		57	72,2	22	27,8	
Apoios recebidos no decorrer da gravidez	Familiares	Sim	68	67,3	33	32,7	a)
		Não	6	50,0	6	50,0	<i>p</i> = 0,335
	Amigos	Sim	44	64,7	24	35,3	$\chi^2$ = 0,046
		Não	30	66,7	15	33,3	<i>p</i> = 0,830
	Profissionais de saúde	Sim	47	62,7	28	37,3	$\chi^2$ = 0,785
		Não	27	71,1	11	28,9	<i>p</i> = 0,376
Falecimento de alguém importante durante o período gestacional	Sim		10	58,8	7	41,2	$\chi^2$ = 0,393
	Não		64	66,7	32	33,3	<i>p</i> = 0,531
Confrontada com situações que a afetaram emocionalmente durante a gravidez	Sim		22	66,7	11	33,3	$\chi^2$ = 0,029
	Não		52	65,0	28	35,0	<i>p</i> = 0,865

Notas: n = números de sujeitos; % = percentagem;  $\chi^2$  = teste Qui-quadrado; p = nível de significância; \* p ≤ 0,05.

a) apenas apresentado o valor da significância estatística.

Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre a variável “canta canções de embalar” e o tipo de gravidez, sendo que a utilização de canções de embalar parece estar sobretudo associada a uma gravidez planeada. Embora sem relevância estatística, os resultados indicaram que as participantes que foram acompanhadas medicamente por problemas de fertilidade eram mais propensas ao uso de canções de embalar, bem como aquelas cuja gravidez foi desejada. As mães que perceberam a gravidez como tendo sido de risco e as que referiram terem existido complicações médicas no decorrer da gestação tinham mais tendência para esta prática. Esta prática era mais utilizada por mães cujo parto foi distócico e que não ocorreu entre as 37 e 42 semanas de gestação. As participantes que se confrontaram com problemas de saúde do bebê no nascimento e que não amamentaram eram mais propensas para cantar canções de embalar (Tabela 10).

**Tabela 10***Utilização de canções de embalar segundo variáveis da gravidez, parto e pós-parto (n = 113)*

		Canta canções de embalar				Teste Qui-Quadrado
		Sim		Não		
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Acompanhamento médico por problemas de fertilidade	Sim	13	72,2	5	27,8	$\chi^2 = 0,430$
	Não	61	64,2	24	35,8	$p = 0,512$
Gravidez planeada ou acidental	Planeada	65	69,9	28	30,1	$\chi^2 = 4,513$
	Acidental	9	45,0	11	55,0	$p = 0,034^*$
Gravidez desejada	Sim	71	66,4	36	33,6	a)
	Não	3	50,0	3	50,0	$p = 0,414$
Perceção da gravidez como sendo de risco	Sim	36	75,0	12	25,0	$\chi^2 = 3,341$
	Não	38	58,5	27	41,5	$p = 0,068$
Complicações médicas durante a gravidez	Sim	25	73,5	9	26,5	$\chi^2 = 1,392$
	Não	49	62,0	30	38,0	$p = 0,238$
Tipo de parto	Eutócico	33	62,3	20	37,7	$\chi^2 = 0,459$
	Distócico	41	68,3	19	31,7	$p = 0,498$
Parto ocorreu entre as 37 e 42 semanas de gestação	Sim	65	63,1	38	36,9	a)
	Não	9	90,0	1	10,0	$p = 0,160$
Bebé nasceu com problema de saúde	Sim	16	80,0	4	20,0	$\chi^2 = 2,265$
	Não	58	62,4	25	37,6	$p = 0,132$
Amamenta/amamentou	Sim	63	64,9	34	35,1	$\chi^2 = 0,088$
	Não	11	68,8	5	31,3	$p = 0,767$

Notas: n = números de sujeitos; % = percentagem;  $\chi^2$  = teste Qui-quadrado; p = nível de significância; \*  $p \leq 0,05$ .

a) apenas apresentado o valor da significância estatística.

A pontuação do BDI variou entre 0 e 37, sendo a pontuação média de 7,33 (DP = 6,81). A prevalência de depressão pós-parto (pontuação igual ou superior a 12) foi de 19,5% (Tabela 11).

**Tabela 11***Caracterização da sintomatologia depressiva (n = 113)*

	BDI			
	n	%	M	DP
Min. = 0; Máx. = 37	-	-	7,33	6,81
Pontuação < 11	91	80,5	-	-
Pontuação ≥ 12	22	19,5	-	-

Notas: n = número de sujeitos; % = percentagem; M = média; DP = desvio padrão; Min. = mínimo; Máx. = máximo.

No que respeita à análise da correlação estatística entre a variável sintomatologia depressiva e as variáveis sociodemográficas selecionadas, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, entre  $p \leq 0,05$  e  $p \leq 0,01$ , com o estado civil e com o facto de a mãe estar diagnosticada com algum problema médico. As comparações *post-hoc*, utilizando o teste DMS, revelaram que a pontuação média da sintomatologia depressiva das mães solteiras era significativamente superior à das mães casadas e divorciadas. As participantes que estavam diagnosticadas com problemas médicos apresentaram níveis de sintomatologia depressiva mais elevados. Embora sem relevância estatística, os resultados demonstraram, ainda, que mães com idades compreendidas entre os 30 e 39 anos, e cuja escolaridade é equivalente ao 3º ciclo

apresentavam pontuações mais elevadas de sintomatologia depressiva. Pontuações mais altas de sintomatologia depressiva foram observadas nas participantes que se encontravam empregadas, trabalhavam por turnos, com horário de trabalho semanal correspondente a 40 horas ou mais, e cuja profissão se enquadrava nos “trabalhadores não qualificados”. As mães que não se identificavam com uma religião e que não tinham uma prática religiosa regular revelaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Tabela 12).

**Tabela 12***Sintomatologia depressiva segundo variáveis sociodemográficas (n = 113)*

		BDI			
		n	M	DP	
Idade das mães (em anos)	19 – 29	27	5,44	6,11	F = 1,780 p = 0,173
	30 – 39	65	8,29	7,41	
	Mais de 40	21	6,76	5,24	
Estado civil	Solteira	18	10,67	8,86	F = 2,793 p = 0,044*
	União de facto	39	7,82	7,58	
	Casada	53	6,13	5,01	
	Divorciada	3	2,00	1,73	
Habilitações literárias	Até 3º ciclo	15	11,07	11,99	H = 0,561 p = 0,756
	Ensino Secundário	56	6,68	5,90	
	Ensino Superior	42	6,86	5,01	
Situação Profissional	Empregada	97	9,25	6,70	F = 0,484 p = 0,617
	Desempregada	12	7,07	6,43	
	Estudante / trabalhadora estudante	4	8,75	6,81	
Regime de trabalho (n = 98)	Horário fixo	75	6,65	6,24	t = -1,366 p = 0,175
	Turnos	23	8,74	6,92	
Número de horas de trabalho semanais (n = 98)	Até 39 horas	25	5,16	3,99	t = -1,806 p = 0,074
	40 ou mais horas	73	7,82	6,97	
Profissão	2	23	5,87	4,86	H = 4,037 p = 0,672
	3	5	7,80	5,68	
	4	16	5,56	4,23	
	5	40	7,23	5,90	
	7	3	9,00	4,58	
	8	5	10,00	7,04	
	9	6	11,83	15,728	
Identificação com uma religião	Sim	95	7,25	6,38	t = -0,267 p = 0,790
	Não	18	7,72	8,98	
Prática religiosa regular	Sim	24	6,21	5,73	t = -0,906 p = 0,367
	Não	89	7,63	7,08	
Diagnóstico de problema médico (mãe)	Sim	20	10,75	8,80	t = 2,536 p = 0,013*
	Não	93	6,59	6,12	

*Notas:* n = número de sujeitos; M = média; DP = desvio padrão; F = ANOVA; H = teste Kruskal-Wallis; t = teste t-independente; p = nível de significância. Número referente ao grande grupo das profissões segundo o INE (2011): 2 = Especialista das atividades intelectuais e científicas; 3 = Técnicos e profissões de nível intermédio; 4 = Pessoal Administrativo; 5 = Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; 7 = Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; 8 = Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; 9 = Trabalhadores não qualificados; \*  $p \leq 0,05$ .

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a variável sintomatologia depressiva e as variáveis do agregado familiar. As participantes que pertenciam a uma família nuclear, residentes e naturais de uma zona suburbana, com um rendimento mensal do agregado familiar inferior a 1000€, que identificaram situações problemáticas no agregado familiar, e

que não dispunham de familiares próximos que providenciassem ajuda nos cuidados maternos obtiveram pontuações mais altas na sintomatologia depressiva. As mães com um filho, e cujo filho mais novo tinha idade compreendida entre os 25 e 36 meses apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Tabela 13).

**Tabela 13***Sintomatologia depressiva segundo variáveis do agregado familiar (n = 113)*

		BDI			
		n	M	DP	
<b>Tipologia familiar</b>	Nuclear	98	7,45	6,96	t = 0,483
	Outros (monoparental, reconstituída e alargada)	15	6,53	5,91	p = 0,630
<b>Zona de residência</b>	Rural	59	7,14	5,79	H = 1,956 p = 0,376
	Suburbana	19	9,68	9,07	
	Urbana	35	6,37	6,94	
<b>Zona de naturalidade</b>	Rural	53	6,81	7,03	F = 0,286 p = 0,752
	Suburbana	19	7,89	7,37	
	Urbana	41	7,73	6,37	
<b>Rendimento mensal do agregado familiar</b>	Inferior a 1000€	32	8,53	9,91	H = 1,597 p = 0,450
	Entre 1000€ e 2000€	68	7,16	5,27	
	Superior a 2000€	13	5,23	3,90	
<b>Situações problemáticas identificadas no agregado familiar</b>	Identifica (desemprego, alcoolismo, etc.)	17	10,59	10,53	U = 656,000 p = 0,198
	Não identifica	96	6,75	5,82	
<b>Presença de familiares próximos que ajudam nos cuidados maternos</b>	Sim	86	6,98	5,93	U = 1136,500 p = 0,869
	Não	27	8,44	9,14	
<b>Número de filhos</b>	1	57	7,75	7,21	t = 0,670 p = 0,504
	2 ou mais	56	6,89	6,42	
<b>Idade do filho mais novo (em meses)</b>	1 – 12	31	8,87	7,81	H = 5,479 p = 0,065
	13 – 24	69	5,88	4,90	
	25 – 36	13	11,31	10,48	

*Notas:* n = número de sujeitos; M = média; DP = desvio padrão; t = teste t-independente; H = teste Kruskal-Wallis; F = ANOVA; U = teste Mann-Whitney; p = nível de significância.

Quanto à análise da sintomatologia depressiva segundo as variáveis da gravidez e do parto verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto à percepção da qualidade da relação com o companheiro-pai do bebé. Assim, as mães que classificaram a relação apenas como “boa” obtiveram pontuações significativamente superiores àquelas que percecionaram a relação como “muito boa”. Também se observaram diferenças estatisticamente significativas na variável referente a apoios recebidos de familiares durante a gravidez, onde as pontuações mais elevadas de sintomatologia depressiva se registaram nas participantes que não receberam este tipo de apoios. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na variável “primeira reação ao ver o bebé”, nomeadamente na categoria “emocionada/chorar”, em que as participantes que não descreveram este tipo de sentimentos apresentaram níveis de sintomatologia depressiva mais altos.



Embora sem significância estatística, é relevante mencionar que foram registadas pontuações superiores de sintomatologia depressiva nas participantes que não necessitaram de acompanhamento médico por problemas de fertilidade, cuja gravidez foi acidental, e que não foi desejada. Nos casos em que as mães revelaram que, ao longo da gestação, o pai do bebé não se envolveu, que não receberam apoios de amigos e profissionais de saúde, que registaram o falecimento de alguém importante, e que foram confrontadas com situações que as afetaram emocionalmente verificaram-se níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. No mesmo sentido, quando as participantes perceberam a gravidez como tendo sido de risco, quando ocorreram complicações médicas durante a gestação, nomeadamente quando o parto foi distócico, e não ocorreu entre as 37 e 42 semanas de gestação observaram-se pontuações mais altas de sintomatologia depressiva. Relativamente à variável “primeira reação ao ver o bebé” foram registadas pontuações superiores de sintomatologia depressiva nas participantes que não descreveram sentimentos de “alegria/felicidade”, “alívio” e “outros” (por exemplo, curiosidade, sentimento de mudança, satisfação, orgulho) e nas mães que relataram sentimentos de “amor/paixão/ternura”, “receio/medo/ansiedade” e “admiração”. Importa assinalar que as mães que não amamentaram obtiveram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Tabela 14).

**Tabela 14***Sintomatologia depressiva segundo variáveis da gravidez e do parto (n = 113)*

		BDI			
		n	M	DP	
<b>Acompanhamento médico por problemas de fertilidade</b>	Sim	18	6,44	5,38	t = -0,598
	Não	95	7,49	7,06	p = 0,551
<b>Gravidez planeada ou acidental</b>	Planeada	93	7,12	6,39	t = -0,702
	Acidental	20	8,30	8,65	p = 0,484
<b>Gravidez desejada</b>	Sim	107	7,13	6,31	U = 297,500
	Não	6	10,83	13,44	p = 0,763
<b>Envolvimento do pai do bebé ao longo da gravidez</b>	Sim	109	7,08	6,21	U = 192,000
	Não	4	14,00	16,83	p = 0,685
<b>Relação com o pai do bebé</b>	Má / Razoável	9	15,33	13,18	H = 13,327
	Boa	25	9,68	6,00	p = 0,001**
	Muito boa	79	5,67	5,08	
<b>Apoios recebidos no decorrer da gravidez</b>	Familiares	Sim	101	6,51	U = 332,500
		Não	12	14,17	p = 0,011*
	Amigos	Sim	68	6,38	t = -1,832
		Não	45	8,76	p = 0,070
	Profissionais de saúde	Sim	75	6,95	t = -0,833
		Não	35	8,08	p = 0,406
<b>Falecimento de alguém importante durante o período gestacional</b>	Sim	17	8,29	8,10	t = 0,633
	Não	96	7,16	6,59	p = 0,528
<b>Confrontada com situações que a afetaram emocionalmente durante a gravidez</b>	Sim	33	8,70	6,36	t = 1,378
	Não	80	6,76	6,95	p = 0,171
<b>Perceção da gravidez como sendo de risco</b>	Sim	48	7,65	6,08	t = 0,425
	Não	65	7,09	7,35	p = 0,671
<b>Complicações médicas durante a gravidez</b>	Sim	34	8,41	6,52	t = 1,111
	Não	79	6,86	6,92	p = 0,269
<b>Tipo de parto</b>	Eutócico	53	7,06	6,90	t = -0,396
	Distócico	60	7,57	6,79	p = 0,693
<b>Parto ocorreu entre as 37 e 42 semanas de gestação</b>	Sim	103	7,17	6,67	t = -0,812
	Não	10	9,00	8,35	p = 0,419
<b>Primeira reação ao ver o bebé</b>	Alegria/Felicidade	Sim	58	6,95	t = -0,606
		Não	55	7,73	p = 0,546
	Amor/Paixão/Ternura	Sim	25	9,52	U = 963,500
		Não	88	6,70	p = 0,344
	Receio/medo/ansiedade	Sim	16	8,88	t = 0,980
		Não	97	7,07	p = 0,329
	Alívio	Sim	13	5,92	t = -0,789
		Não	100	7,51	p = 0,432
	Admiração	Sim	24	7,58	t = 0,206
		Não	89	7,26	p = 0,837
	Emocionada/chorar	Sim	19	4,11	U = 574,500
		Não	94	7,98	p = 0,014*
	Outros (curiosidade, mudança, insatisfação, orgulho)	Sim	35	6,20	t = -1,180
		Não	78	7,83	p = 0,240
<b>Bebé nasceu com problema de saúde</b>	Sim	20	6,95	4,06	t = -0,272
	Não	93	7,41	7,29	p = 0,786
<b>Amamenta/amamentou</b>	Sim	97	6,96	6,57	t = -1,423
	Não	16	9,56	8,01	p = 0,158

Notas: n = número de sujeitos; M = média; DP = desvio padrão; t = teste t-independente; U = teste Mann-Whitney; H = teste Kruskal-Wallis;

p = nível de significância; \* p ≤ 0,05; \*\* p ≤ 0,01.

Verificaram-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas na análise da sintomatologia depressiva segundo as variáveis relacionadas com o adormecer, nomeadamente as mães que não identificaram uma rotina no momento do adormecer obtiveram pontuações mais elevadas. Foram igualmente encontradas diferenças estatisticamente significativas no momento em que as mães iniciaram a prática do cantar. As comparações *post-hoc*, utilizando o teste Bonferroni, indicaram que a pontuação média de sintomatologia depressiva das participantes que não se recordavam de quando tinham começado a cantar era significativamente superior à pontuação média das mães que tinham começado desde a gravidez. Também com relevância estatisticamente significativa, as participantes que utilizavam canções de embalar no momento do adormecer, que não cantavam canções da atualidade e que cantavam melodias apresentaram níveis superiores de sintomatologia depressiva.

Embora sem relevância estatística importa assinalar que as participantes que afirmaram não cantar canções de embalar e as que cantavam “raramente” apresentaram níveis de sintomatologia depressiva mais elevados. As participantes que não cantaram para os filhos mais velhos e que atualmente não cantavam a mesma canção para o filho mais novo obtiveram níveis superiores de sintomatologia depressiva. As mães a quem não foram cantadas canções de embalar na infância e que não cantavam ao filho mais novo essas mesmas canções apresentaram pontuações mais elevadas de sintomatologia depressiva.

Ainda sem relevância estatística verificaram-se níveis mais altos de sintomatologia depressiva nas participantes que não cantavam canções de embalar nos períodos de choro e de inquietação do bebé. As mães que não cantavam canções/melodias por si inventadas, e as que cantavam canções de embalar tradicionais e canções que o bebé ouviu durante a gravidez também obtiveram pontuações superiores de sintomatologia depressiva (Tabela 15).

**Tabela 15**

*Sintomatologia depressiva segundo variáveis do adormecer e das canções de embalar (n = 74)*

			BDI			
			n	M	DP	
<b>Rotina no adormecer</b> (n = 113)	Sim		101	6,76	6,28	t = -2,624
	Não		12	12,08	9,31	p = 0,010*
<b>Costuma cantar canções de embalar</b> (n = 113)	Sim		74	7,07	6,35	t = -0,557
	Não		39	7,82	7,69	p = 0,579
<b>Quando começou a cantar canções de embalar</b>	Desde a gravidez		16	4,50	3,10	
	Desde o nascimento		48	6,85	5,84	F = 3,714
	Algum tempo após o nascimento		5	10,40	7,16	p = 0,015*
	Não se recorda		5	14,00	12,06	
<b>Frequência com que canta canções de embalar</b>	Raramente		12	8,50	9,24	F = 0,483
	Algumas vezes		31	6,39	5,28	p = 0,619
	Frequentemente		31	7,19	6,12	
<b>Caso tenha filhos com mais de três anos já cantava canções de embalar para eles (n = 45)</b>	Sim		33	6,36	5,26	U = 150,000
	Não		12	10,67	10,11	p = 0,216
<b>As canções que canta atualmente são as mesmas (n = 33)</b>	Sim		30	6,03	5,40	t = -1,146
	Não		3	9,67	1,53	p = 0,261
<b>Cantavam para si quando era criança</b>	Sim		46	5,63	4,31	H = 2,800
	Não		55	8,82	8,35	p = 0,247
	Não se recorda		12	7,00	5,56	
<b>Canta ao filho as mesmas canções de embalar que lhe cantavam a si (n = 40)</b>	Sim		27	5,52	4,28	t = -1,169
	Não		13	7,23	4,46	p = 0,250
<b>Situações em que utiliza canções de embalar</b>	Adormecer	Sim	47	8,21	7,17	t = 2,096
		Não	27	5,07	3,96	p = 0,040*
	Períodos de choro	Sim	46	6,70	5,19	t = -0,644
		Não	28	7,68	7,95	p = 0,522
	Inquietação do bebé	Sim	35	5,94	6,05	t = -1,456
		Não	39	8,08	6,51	p = 0,150
	Alimentação	Sim	15	9,47	6,89	t = 1,660
		Não	59	6,46	6,11	p = 0,101
	Enquanto brinca com o bebé	Sim	48	6,31	5,76	t = -1,400
		Não	26	8,46	7,21	p = 0,166
<b>Tipo de canções de embalar utilizadas</b>	Canções/melodias inventadas	Sim	40	6,73	5,23	t = -0,501
		Não	34	7,47	7,51	p = 0,618
	Canções de embalar tradicionais	Sim	58	7,29	6,82	t = 0,580
		Não	16	6,25	4,30	p = 0,564
	Canções da atualidade	Sim	31	4,68	3,71	U = 420,500
		Não	43	8,79	7,27	p = 0,007*
	Melodias (canções sem letra)	Sim	31	8,77	7,41	t = 2,005
		Não	43	5,84	5,21	p = 0,049*
	Canções que o bebé ouviu durante a gravidez	Sim	8	8,75	9,75	t = 0,792
		Não	66	6,86	5,88	p = 0,431

*Notas:* n = número de sujeitos; M = média; DP = desvio padrão; t = teste t-independente; F = ANOVA; U = teste Mann-Whitney; H = teste Kruskal-Wallis; p = nível de significância; \* p ≤ 0,05.

Registaram-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas nas participantes que não relataram sentimentos de bem-estar enquanto cantavam canções de embalar. Estas mães obtiveram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Embora sem significância estatística, importa assinalar que relativamente à variável reação do bebé à canção de embalar foram registadas pontuações de sintomatologia depressiva superiores nas mães que relataram reações de “adormecer” e “outros” (por exemplo, cantava também, ficava indiferente), e nas

participantes que referiram que os seus bebés não tinham reações de rir, acalmia e de ficarem atentos. No que diz respeito aos “sentimentos da mãe enquanto canta” registaram-se níveis superiores de sintomatologia depressiva nas participantes que relataram sentimentos de “calma/tranquilidade” e de “felicidade”. No mesmo sentido as participantes que relataram sentimentos de “calma/tranquilidade” e que não descreveram sentimentos de “satisfação/bem-estar” e “felicidade” após o cantar apresentaram pontuações mais altas de sintomatologia depressiva (Tabela 16).

**Tabela 16**

*Sintomatologia depressiva segundo variáveis das canções de embalar (n = 74)*

			BDI			
			n	M	DP	
Reação do bebé à canção de embalar	Ri	Sim	23	6,96	7,02	t = -0,100
		Não	51	7,12	6,09	p = 0,920
	Acalma	Sim	44	6,34	6,27	t = -1,197
		Não	30	8,13	6,41	p = 0,235
	Adormece	Sim	17	8,71	7,86	t = 1,217
		Não	57	6,58	5,81	p = 0,228
	Fica atento/admirado a olhar	Sim	28	6,61	6,49	t = -0,484
		Não	46	7,35	6,31	p = 0,630
	Outros (canta também, fica indiferente)	Sim	3	9,00	6,56	t = 0,536
		Não	71	6,99	6,37	p = 0,594
	Calma/tranquilidade	Sim	31	8,23	6,66	t = 1,341
		Não	43	6,23	6,05	p = 0,184
Sentimentos da mãe enquanto canta	Bem-estar	Sim	27	4,93	4,52	t = -2,262
		Não	47	8,30	6,93	p = 0,027*
	Felicidade	Sim	13	9,46	8,35	t = 1,512
		Não	61	6,56	5,79	p = 0,135
	Outros (nostalgia, indiferença, esquisita, etc.)	Sim	21	7,05	4,75	t = -0,017
		Não	53	7,08	6,92	p = 0,987
Sentimentos da mãe após cantar	Calma/tranquilidade	Sim	22	8,27	7,38	t = 1,064
		Não	51	6,56	5,86	p = 0,291
	Satisfação/bem-estar	Sim	27	5,96	4,69	t = -1,137
		Não	45	7,70	7,10	p = 0,259
	Felicidade	Sim	20	6,45	7,30	t = -0,507
		Não	52	7,30	6,01	p = 0,614
	Outros (indiferença, orgulho, alívio, etc.)	Sim	14	7,21	4,59	t = 0,095
		Não	88	7,03	6,72	p = 0,924

Notas: n = número de sujeitos; M = média; DP = desvio padrão; t = teste t-independente; p = nível de significância; \*  $p \leq 0,05$ .

## Discussão e conclusão

Entre os principais resultados estatísticos destaca-se a transversalidade da correlação entre as canções de embalar e diversas características das mães e do agregado familiar. Quanto às variáveis da gravidez sobressai uma maior tendência do recurso a esta prática por mães que planearam a gestação e que têm uma relação muito boa com o pai do bebé.

Algumas variáveis relativas ao uso de canções de embalar encontram-se significativamente associadas a níveis superiores de sintomatologia depressiva, nomeadamente o momento em que as mães iniciaram esta prática, a frequência com que o fazem, as situações nas quais recorrem às canções de embalar, o tipo de canções utilizadas e os sentimentos da mãe durante e após esta prática materna.

A sintomatologia depressiva está, também, relacionada com características individuais (e.g., ser mãe solteira) e do agregado familiar (e.g., baixo rendimento mensal). Os apoios recebidos durante a gravidez, o tipo de relação com o pai do bebé, e os sentimentos experienciados ao ver pela primeira vez o bebé são outras variáveis relacionadas com a sintomatologia depressiva. Os resultados evidenciam que o momento em que as mães adormecem os filhos continua a ser marcado pela prática de canções de embalar. No presente estudo 65,5% das participantes afirmou embalar os seus filhos ao som de uma canção de embalar. Esta é uma prática universal, cultural e transgeracional (Grasina, 2017; Grasina, et al., 2019; Leite de Vasconcellos, 1907; Trehub et al., 1993), sendo estes dados confirmados na presente investigação. Na sua infância as participantes ouviram canções de embalar entoadas maioritariamente pelos seus pais e outros familiares, tendo feito esta aprendizagem principalmente a partir das várias gerações de familiares, bem como através da sua audição na rádio, televisão, internet e infantário. A maioria das participantes atualmente canta as mesmas cantigas que escutou na sua infância, sendo as canções de embalar tradicionais as mais cantadas pelas mães, o que confirma a transmissão intergeracional desta prática materna.

No presente estudo as canções de embalar eram utilizadas, principalmente, durante o brincar com o bebé, momento do adormecer, períodos de choro e inquietação do bebé. Esta prática materna provoca, no bebé, para além do adormecer, reações de acalmia e atenção, resultados sustentados pela literatura (Amaral Dias, 1986; Grasina, 2017; Grasina, et al., 2019; Leite de Vasconcellos, 1907; Trainor, 1996; Trehub & Trainor, 1998). Nas mães, destacam-se os sentimentos de calma, tranquilidade, satisfação, bem-estar e felicidade enquanto cantam canções de embalar, bem como após o cantar. Estes resultados são semelhantes aos dados resultantes dos estudos de Baker e Mackinlay (2006), Fancourt e Perkins (2017), e Mackinlay e Baker (2005).

Evidencia-se nas mães solteiras e divorciadas, e que estão desempregadas, uma maior propensão ao uso de canções de embalar, bem como em mães que pertencem a um agregado familiar monoparental, reconstituído ou alargado. Estes são aspetos que suscitam angústia, medo e preocupação nas mães. Assim, as participantes podem recorrer à prática de canções de embalar para enfrentarem momentos de desespero (Mackinlay & Baker, 2005) e como forma de externalização dos seus sentimentos negativos, procurando com esta prática materna sentimentos de acalmia e de bem-estar. Mães que não identificam situações problemáticas no seu agregado familiar e que beneficiam da presença de familiares próximos que providenciam ajuda nos cuidados maternos têm uma maior tendência a recorrer a esta prática materna. Tal sugere que na ausência de situações perturbadoras (e.g.: violência doméstica), e na presença de

suporte familiar, as mães sentem-se mais seguras e estáveis, o que proporciona confiança e competência para desenvolver o papel materno (Shrooti, Mangala, Nirmala, Devkumari, & Dharanidhar, 2016). Observa-se também uma tendência mais acentuada ao uso de canções de embalar entre as mães múltiparas. Este resultado vai de encontro ao estudo realizado por Robertson e Detmer (2019), no qual estes autores constataram que o facto da mãe ter experiência possibilita-lhe uma resposta materna mais adequada, maior competência e níveis mais baixos de *stress*.

Passando à análise da correlação entre a utilização de canções de embalar e variáveis seleccionadas da gravidez verifica-se que as mães que tiveram uma gestação planeada e desejada tendem a cantar canções de embalar ao seu bebé, o que contribui para uma maior ligação com o bebé após o nascimento, e que, consequentemente, origina uma interação mais positiva na díade (Foley & Hughes, 2018).

O apoio social da família e dos amigos representa uma influência na visão materna de si própria e nos cuidados prestados ao bebé, tendo efeitos na perceção da mãe se sentir mais competente no desempenho do papel materno. Quando o apoio social é gratificante, as mães sentem-se mais satisfeitas a desempenhar as suas funções da maternidade, o que parece confirmar que o apoio adequado da família, amigos e profissionais de saúde influencia positivamente a capacidade das mães cuidarem de si e do seu bebé. E que, em contrapartida, as participantes que não recebem este tipo de apoios (familiares, amigos e profissionais de saúde) durante a gestação evidenciam níveis superiores de sintomatologia depressiva no pós-parto. Sendo o apoio dos familiares aquele que parece ter maior influência na ocorrência de sintomas de depressão pós-parto, o que constitui resultado convergente com as conclusões do estudo de Sá e Torres (2019). O apoio social é um dos fatores com maior peso no sentimento de bem-estar materno após o nascimento do bebé, contribuindo para a prevenção e manutenção da saúde mental (Wang, Wu, Anderson, & Florence, 2011; Zanatta, Pereira, & Alves, 2017), pelo que a maior tendência destas mães à prática de canções de embalar se pode justificar pela procura de interações com o bebé que prolonguem esta sensação de bem-estar. O apoio social tem, ainda, um papel de destaque na prevenção de sintomas depressivos, ao ajudar as mães no pós-parto a lidar com as situações stressantes inerentes a este período e a manter um estilo de vida mais saudável.

Os resultados demonstram que quando o pai do bebé esteve envolvido ao longo da gravidez as mães evidenciam uma maior propensão para cantar canções de embalar. O envolvimento da figura paterna inclui o envolvimento emocional com a mãe, o qual pode incluir a partilha das preocupações e da ansiedade sentidas na experiência da maternidade (Simas, Souza, &

Scorsolini-Comin, 2013). Os estudos afirmam que estar numa relação com boa qualidade está associado a uma sensação de bem-estar (Rini, Schetter, Hobel, Glynn, & Sandman, 2006). À semelhança cantar canções de embalar tem efeitos no bem-estar materno e numa sensação de felicidade materna (Fancourt & Perkins, 2017; Mackinlay & Baker, 2005). Assim, a prática de canções de embalar contribui para manter ou aumentar o bem-estar já sentido na relação com o pai do bebê. Em relação à sintomatologia depressiva, manter uma relação muito boa com o pai do bebê parece ser um fator de proteção para os sintomas depressivos, bem como o pai do bebê ter-se envolvido ao longo da gravidez. Os resultados da presente investigação são semelhantes com os do estudo de Sá e Torres (2019). A relação com o pai do bebê proporciona um contributo na minimização dos sentimentos de ansiedade e de incapacidade que podem emergir com o novo papel materno, contribuindo para a diminuição dos sintomas depressivos (Marin, Gomes, Lopes, & Piccinini, 2011).

Relativamente à associação entre sintomatologia depressiva e variáveis sociodemográficas, os resultados indicam que as mães solteiras apresentam níveis superiores de sintomatologia depressiva. Estas mães podem enfrentar fatores de vulnerabilidade, tais como dificuldades financeiras, falta de suporte social, menos tempo disponível para passar com os filhos, e não ter com quem partilhar os cuidados prestados ao bebê. Estes são aspetos que podem ter influência na saúde mental e no bem-estar maternos, contribuindo para o surgimento de sintomas depressivos (Crosier, Butterworth, & Rodgers, 2007; Goodrum, Jones, Kincaid, Cuellar, & Parent, 2012).

No presente estudo as participantes diagnosticadas com um problema médico revelam pontuações mais elevadas de sintomatologia depressiva. As preocupações associadas a uma doença contribuem para a ocorrência de *stress* a longo prazo. A mãe pode então sentir dificuldade em lidar com esta situação, o que se traduzirá em dificuldades a nível emocional, como uma depressão materna (Kossakowska, 2016).

Algumas variáveis do agregado familiar são potenciadoras de sintomatologia depressiva, como, por exemplo, um rendimento mensal baixo, a existência de situações problemáticas no agregado familiar e a indisponibilidade de familiares próximos que ajudem nos cuidados maternos. Um estudo realizado por Peterson e Hawley (1998) revelou que um rendimento mensal baixo e a preocupação com o cumprimento de obrigações financeiras pode ser um fator significativo de *stress* para as mães. Neste sentido, um ambiente familiar no qual estejam identificadas situações problemáticas, como desemprego e/ou alcoolismo, é uma fonte de *stress*, já que a falta de familiares que ajudem nos cuidados prestados ao bebê pode ter implicações na confiança e competência maternas. Estes são fatores de risco que ajudam a



compreender a sintomatologia depressiva identificadas nas mães que residem em agregados familiares em que estas situações se verificam.

As mães que não relataram sentimentos de “alegria/felicidade” e que não se emocionaram e/ou choraram ao ver pela primeira vez o bebé revelam níveis de sintomatologia depressiva mais elevados, bem como aquelas que relataram sentimentos de “receio/medo/ansiedade”. A depressão materna é acompanhada por um sentimento de vazio e de ansiedade (Francisco et al., 2007), o que justifica os sentimentos acima relatados. No estudo realizado por Vaz (2019), as mães que, na primeira reação ao ver o bebé, referiram ter-se sentido emocionadas e/ou que choraram apresentaram níveis mais elevados de ligação ao bebé, enquanto as mães que sentiram “medo/receio” e “alívio” evidenciaram níveis mais elevados de ansiedade.

As participantes que não identificam uma rotina no adormecer do bebé revelam sintomatologia depressiva superior. Os estudos demonstram que bebés com mães deprimidas evidenciam um padrão de sono irregular (Armitage et al., 2009). A revisão de literatura realizada por Warren et al. (2006) indicou que mães deprimidas são mais inconsistentes e ineficazes na utilização de estratégias de gestão. Estas mães podem não implementar algumas das rotinas recomendáveis para o adormecer do bebé, o que dificulta o momento do adormecer do bebé e acentua o sentimento de inadequação para desenvolver as tarefas da maternidade, sentimento associado à depressão materna (Francisco et al., 2007).

Relativamente à associação entre sintomatologia depressiva e as variáveis das canções de embalar, os resultados revelam que as participantes que têm o hábito de cantar canções de embalar apresentam menor sintomatologia depressiva. A literatura indica que esta prática tem também efeitos no estado de ansiedade, na sensação de bem-estar e na ligação da mãe ao bebé (Sá & Torres, 2019; Vaz, 2019). As canções de embalar podem ainda constituir uma forma de “embalo” para a própria mãe que através delas encontra um meio para externalizar as emoções, permitindo-lhe uma libertação dos pensamentos a elas associados e um estado de acalmia (Brisola & Cury, 2018; Rodrigues, 2005).

O momento em que as mães iniciaram a prática do cantar tem impacto nos sintomas depressivos. No presente estudo as mães que começaram a cantar canções de embalar “algum tempo após o nascimento” do bebé evidenciam pontuações superiores de sintomatologia depressiva, verificando-se o inverso nas mães que iniciaram esta prática “desde a gravidez”. À semelhança do estudo de Sá e Torres (2019), cantar canções de embalar desde a gestação parece ser uma fator de proteção para a sintomatologia depressiva. Sendo a gravidez um período de grandes alterações a nível emocional, com recurso às canções de embalar as mães encontram

uma forma de se tranquilizarem, dado que este é um meio de expressarem os receios, as expectativas e as fantasias em relação ao bebê e à maternidade (Friedman et al., 2010).

A frequência com que as mães realizam esta prática materna tem influência nos sintomas depressivos. Mães que cantam “frequentemente” ou “raramente” apresentam sintomatologia depressiva superior. Em conformidade com estudo de Vaz (2019), as mães que cantavam com a frequência mencionada apresentavam níveis de ansiedade mais elevados. Estes resultados são distintos do estudo de Sá e Torres (2019). No estudo destes autores as participantes que cantavam frequentemente demonstravam níveis mais elevados de bem-estar e autoestima. Mães com sintomatologia depressiva superior têm menos motivação e vontade de realizar atividades e interagir com o bebê, o que pode ser acompanhado por uma dificuldade em externalizar as suas angústias. Por outro lado, as mães que cantam com frequência podem procurar um meio para expressar os seus pensamentos e emoções, encontrando nas canções de embalar uma maior sensação de bem-estar e tranquilidade.

As mães com mais de um filho e que não cantavam para os filhos mais velhos apresentam níveis superiores de sintomatologia depressiva. Estes resultados são análogos para a ansiedade (Vaz, 2019). A relação com o filho mais novo pode ser mais difícil de estabelecer, este pode ser um bebê mais inquieto a nível emocional e a mãe introduz esta prática a fim de facilitar a ligação com o bebê e regular o seu estado emocional.

As participantes às quais não foram cantadas canções de embalar na infância revelam sintomatologia depressiva mais elevada. Estas são mães que também sentem mais ansiedade. Estes resultados suportam a relevância desta prática materna para os filhos, “não na relação das participantes com os filhos, mas na relação que as mães tiveram com as suas mães” (Vaz, 2019, p. 26). Aparentemente esta prática materna encontra-se associada a benefícios a longo prazo na saúde mental e sensação de bem-estar (Vaz, 2019).

Por outro lado, as mães que cantam nos períodos de choro e inquietação do bebê apresentam sintomatologia depressiva mais baixa. Como referimos anteriormente, os bebés com mães depressivas têm um sono mais irregular. Estas mães podem utilizar as canções de embalar para tentar acalmar o bebê e induzir-lhe o sono. Com recurso às canções de embalar as mães encontram uma “ferramenta” que apoia a sua capacidade para acalmar o bebê, regulando o estado emocional deste. Consequentemente, a confiança materna sobre a sua competência para lidar com situações e comportamentos desafiadores do bebê aumenta (Perkins, Yorke, & Fancourt, 2018), diminuindo os sintomas de depressão materna.

As participantes que cantam melodias (canções sem letra) apresentam sintomatologia depressiva superior, ao contrário das mães que utilizam canções/melodias inventadas. Na

revisão de literatura efetuada por Perkins et al. (2018) verificou-se que atividades que apelam à criatividade fornecem um suporte e uma melhoria da saúde mental. Esta prática materna possibilita às mães uma externalização criativa das suas angústias, que por sua vez conduz a uma redução dos sintomas depressivos. Por outro lado, as mães que cantam canções da atualidade revelam níveis inferiores de sintomatologia depressiva. Estas canções simbolizam a relação da mãe com a música, que se identifica com o conteúdo da letra daquela canção.

O cantar materno propicia uma experiência profunda, possibilitando às mães algum alívio nas suas preocupações práticas e emocionais da maternidade (Perkins et al., 2018). Os resultados revelam que as mães que relatam sentimentos de “bem-estar” durante e após cantarem canções de embalar apresentam pontuações de sintomatologia depressiva inferiores. Verificam-se, ainda, níveis superiores de sintomatologia depressiva nas mães que relatam sentimentos de “felicidade” enquanto cantam, contudo após o cantar, as participantes que referem este sentimento, apresentam sintomatologia depressiva reduzida. No estudo de Vaz (2019) as participantes que sentem felicidade durante a prática de canções de embalar evidenciam níveis superiores de ligação ao bebé. Estes resultados comprovam a importância das canções de embalar na depressão materna, e os seus efeitos no bem-estar emocional das mães que fazem uso desta prática, resultados em concordância com o estudo de Mackinlay e Baker (2005).

Os resultados da presente investigação e da literatura evidenciam que a prática de canções de embalar tem benefícios na saúde mental. Neste sentido, a nível de implicações para a intervenção prática destaca-se o “Lullaby Project”, elaborado pelo Caregie Hall’s Musical Connections. Este projeto é desenvolvido em escolas, hospitais, abrigos e prisões. Com a ajuda de músicos, mães e gestantes compõem e gravam canções de embalar escritas particularmente para o filho de cada uma, facilitando a conexão da mãe com o seu bebé (Galchen, 2015).

Importa assinalar que apesar da presente investigação contribuir significativamente para um melhor entendimento da relação entre a sintomatologia depressiva e a prática de canções de embalar revela algumas limitações de carácter metodológico. Em relação às limitações empíricas deste estudo, o facto da desejabilidade social das mães participantes não ter sido objeto de controlo psicométrico, pode ter influenciado a homogeneidade na resposta a algumas questões, o que, ad limite, poderá colocar alguns limites críticos à generalização de alguns dos seus resultados.

Por último, relativamente a propostas para investigação futura, assinala-se a possibilidade de avaliar a relação entre a prática de canções de embalar por parte da figura paterna e variáveis de saúde e bem-estar, como por exemplo sintomatologia depressiva e ansiosa, ligação ao bebé, entre outros. Efetivamente, apesar da investigação que coloca o enfoque sobre a relação

precoce tender a incidir sobre a díade, diversos estudos (este incluído), salientam a importância do pai, que frequentemente acaba por ser “excluído” da investigação. Também seria pertinente a realização de um estudo longitudinal da prática de canções de embalar materna e as já referidas variáveis de saúde e bem-estar, de modo a compreender qual o impacto das canções de embalar na saúde materna a longo prazo. Por fim, salienta-se o interesse em realizar estudos com amostras mais significativas da população portuguesa, como por exemplo, amostras recolhidas em centros de saúde, e ainda com amostras clínicas, por exemplo, mães diagnosticadas com depressão pós-parto.

## Referências

- Amaral Dias, C. (1986). A contribution to the study of the importance of maternal fantasies in early mother/child interaction. In *Biopsychology of Early Parent-Infant Communication* (pp. 179–189). Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais DSM-5* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Armitage, R., Flynn, H., Hoffmann, R., Vazquez, D., Lopez, J., & Marcus, S. (2009). Early developmental changes in sleep in infants: the impact of maternal depression. *Sleep*, 32(5), 693–696. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.5.693>
- Baker, F., & Mackinlay, E. (2006). Sing, soothe and sleep: a lullaby education programme for first-time mothers. *British Journal of Music Education*, 23(2), 147–160. <https://doi.org/10.1017/S0265051706006899>
- Blum, L. D. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, 24(1), 45–62. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.24.1.45>
- Brisola, E. B. V., & Cury, V. E. (2018). Investigando experiência de mães que cantam para seus bebês: em busca de significados. *Psicologia Em Estudo*, 23, 1–14. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v23.e36197>
- Carolan, M., Barry, M., Gamble, M., Turner, K., & Mascareñas, Ó. (2012). The limerick lullaby project: an intervention to relieve prenatal stress. *Midwifery*, 28(2), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.12.006>
- Carvalho, E. (1994). A canção de embalar - uma abordagem psicológica. *Boletim Da Associação Portuguesa de Educação Musical*, 4, 14–17.
- Castro, I. (2014). O comportamento de bebês perante a audição de uma canção de embalar. *Revista Científica Da Universidade Eduardo Mondlane*, 1(1), 25–47.
- Crosier, T., Butterworth, P., & Rodgers, B. (2007). Mental health problems among single and

- partnered mothers: the role of financial hardship and social support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 6–13. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0125-4>
- Dib, E. P., Padovani, F. H. P., & Perosa, G. B. (2019). Mother-child interaction: implications of chronic maternal anxiety and depression. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32(1). <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0123-6>
- Fancourt, D., & Perkins, R. (2017). Associations between singing to babies and symptoms of postnatal depression, wellbeing, self-esteem and mother-infant bond. *Public Health*, 145, 149–152. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.01.016>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Foley, S., & Hughes, C. (2018). Great expectations? Do mothers' and fathers' prenatal thoughts and feelings about the infant predict parent-infant interaction quality? A meta-analytic review. *Developmental Review*, 48, 40–54. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.03.007>
- Francisco, V. L., Pires, A., Pingo, S., Henriques, R., Esteves, M. A., & Valada, M. J. (2007). A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. *Análise Psicológica*, 25(2), 229–239. <https://doi.org/10.14417/ap.442>
- Friedman, S. H., Kaplan, R. S., Rosenthal, M. B., & Console, P. (2010). Music therapy in perinatal psychiatry: use of lullabies for pregnant and postpartum women with mental illness. *Music and Medicine*, 2(4), 219–225. <https://doi.org/10.1177/1943862110379584>
- Galchen, R. (2015). The melancholy mystery of lullabies. *The New York Times Magazine*. Retrieved from <https://www.nytimes.com/2015/10/18/magazine/the-melancholy-mystery-of-lullabies.html>
- Goodrum, N. M., Jones, D. J., Kincaid, C. Y., Cuellar, J., & Parent, J. M. (2012). Youth externalizing problems in african american single-mother families: a culturally relevant model. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(4), 294–305. <https://doi.org/10.1037/a0029421>
- Grasina, A. A. G. (2017). *Canções de embalar, fantasias maternas e interação precoce*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Grasina, A., Farate, C., Vieira, C. P., & Vicente, H. T. (2019). *Contemporary lullabies in early mother/child interaction: between imaginary, fantasy, and reality*. Manuscript submitted for publication.
- Hakanen, H., Flykt, M., Sinervä, E., Nolvi, S., Kataja, E.-L., Peltö, J., ... Korja, R. (2019). How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction? *Journal of Affective Disorders*, 257, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.048>

- Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna*, 41(4), 1–6.
- Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões*. Lisboa.
- Kossakowska, K. (2016). Incidence and determinants of postpartum depression among healthy pregnant women and high-risk pregnant women. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 25(1), 1–21. <https://doi.org/10.1016/j.pin.2016.02.002>
- L'Etoile, S. K., & Leider, C. N. (2011). Acoustic parameters of infant-directed singing in mothers with depressive symptoms. *Infant Behavior and Development*, 34(2), 248–256. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.12.013>
- Leite de Vasconcellos, J. (1907). Canções do berço. *Revista Lusitana*, 10, 1–86.
- Lorca, F. G. (1964). *Las nanas infantiles*. Madrid: Aguilar.
- Mackinlay, E., & Baker, F. (2005). Nurturing herself, nurturing her baby: creating positive experiences for first-time mothers through lullaby singing. *Women and Music: A Journal of Gender and Culture*, 9(1), 69–89. <https://doi.org/10.1353/wam.2005.0010>
- Marin, A. H., Gomes, A. G., Lopes, R. C. S., & Piccinini, C. A. (2011). A constituição da maternidade em gestantes solteiras. *Psico*, 42(2), 246–254.
- Murray, L., Fearon, P., & Cooper, P. (2015). Postnatal depression, mother-infant interactions, and child development. In *Identifying Perinatal Depression and Anxiety* (pp. 139–164). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118509722.ch9>
- O'Hara, M. W., & Segre, L. S. (2008). Psychologic disorder of pregnancy and the postpartum period. In *Danforth's Obstetrics and Gynecology* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression — a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- Paulson, J. F., Dauber, S., & Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, 118(2), 659–668. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2948>
- Perkins, R., Yorke, S., & Fancourt, D. (2018). How group singing facilitates recovery from the symptoms of postnatal depression: a comparative qualitative study. *BMC Psychology*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0253-0>
- Persico, G., Antolini, L., Vergani, P., Costantini, W., Nardi, M. T., & Bellotti, L. (2017). Maternal singing of lullabies during pregnancy and after birth: effects on mother–infant bonding and on newborns' behaviour. Concurrent Cohort Study. *Women and Birth*, 30(4),

- 214–220. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.01.007>
- Peterson, J., & Hawley, D. R. (1998). Effects of stressors on parenting attitudes and family functioning in a primary prevention program. *Family Relations*, 47(3), 221–227. <https://doi.org/10.2307/584970>
- Pitt, B. (1968). “Atypical” depression following childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 114(516), 1325–1335. <https://doi.org/10.1192/bjp.114.516.1325>
- Rini, C., Schetter, C. D., Hobel, C. J., Glynn, L. M., & Sandman, C. A. (2006). Effective social support: antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relationships*, 13(2), 207–229. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00114.x>
- Robertson, A. M., & Detmer, M. R. (2019). The effects of contingent lullaby music on parent-infant interaction and amount of infant crying in the first six weeks of life. *Journal of Pediatric Nursing*, 46, 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.02.025>
- Rodrigues, H. (2005). A festa da música na iniciação à vida: da musicalidade das primeiras interações humanas às canções de embalar. *Revista Da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas*, 17, 61–80.
- Sá, E., & Torres, A. (2019). The effect of lullabies on the mother and on her relationship with the baby: an exploratory study. *Journal of Behavioural Science & Psychology*, 2(1).
- Shrooti, S., Mangala, S., Nirmala, P., Devkumari, S., & Dharanidhar, B. (2016). Perceived maternal role competence among the mothers attending immunization clinics of Dharan, Nepal. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(2), 100–106.
- Simas, F. B., Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (2013). Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 19–34.
- Trainor, L. J. (1996). Infant preferences for infant-directed versus noninfant-directed playsongs and lullabies. *Infant Behavior and Development*, 19(1), 83–92. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(96\)90046-6](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(96)90046-6)
- Trehub, S. E., & Trainor, L. (1998). Singing to infants: lullabies and play songs. *Advances in Infancy Research*, 12(2), 43–77.
- Trehub, S. E., Unyk, A. M., & Trainor, L. J. (1993). Adults identify infant-directed music across cultures. *Infant Behavior and Development*, 16(2), 193–211. [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(93\)80017-3](https://doi.org/10.1016/0163-6383(93)80017-3)
- Van Puyvelde, M., Rodrigues, H., Loots, G., De Coster, L., Du Ville, K., Matthijs, L., ... Pattyn, N. (2014). Shall we dance? Music as a port of entrance to maternal-infant intersubjectivity in a context of postnatal depression. *Infant Mental Health Journal*, 35(3),

220–232. <https://doi.org/10.1002/imhj.21431>

- Vaz, I. (2019). *Canções de embalar, ansiedade traço-estado materna e ligação ao bebé*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Vaz Serra, A. S., & Pio da Costa Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: I.- ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Separata Da Coimbra Médica*, XX(VI), 623–644.
- Wang, L., Wu, T., Anderson, J. L., & Florence, J. E. (2011). Prevalence and risk factors of maternal depression during the first three years of child rearing. *Journal of Women's Health*, 20(5), 711–718. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2232>
- Warren, S. L., Howe, G., Simmens, S. J., & Dahl, R. E. (2006). Maternal depressive symptoms and child sleep: models of mutual influence over time. *Development and Psychopathology*, 18(01), 1–16. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060019>
- Zanatta, E., Pereira, C. R. R., & Alves, A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 1–16.
- Zimerman, D. E. (2008). *Manual de técnica psicanalítica - uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed.